

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

195

N^o

THÈSE

Année 1899

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 Février 1899

Par M. Henri AUGUSTE VOISIN

Né à Paris, le 7 Février 1873

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

LA TALALGIE BLENNORRAGIQUE

Président : M. JOFFROY, Professeur.

M. TERRIER, Professeur.

Juges { M. GILLES DE LA TOURETTE, Agrégé.
M. MAUCLAIRE, Agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

49, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN.

1899

LA TALALGIE

BLENNORRAGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	N.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies nerveuses	JOFFROY.
	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	TEISSIER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	THIROLOIX.
ANDRE.	GILLES de la TOURETTE.	MAUCLAIRE.	THIÉRY.
BAR.	GLEY.	MÉNÉTRIÉR.	THOINOT.
BONNAIRE.	HARTMANN.	MÉRY.	TUFFIER.
BROCA (André).	HEIM.	NELATON.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	LANGLOIS	NETTER.	VARNIER.
CHARRIN.	LAUNOIS	POIRIER.	WALLICH.
CHASSEVANT.	LEGUEU.	RETERER.	WALTHER.
DELBET.	LEJARS.	RICARD.	WEISS.
DESGREZ.	LEPAGE.	ROGER.	WIDAL.
DUPRÉ.	LETULLE.	SEBILEAU.	WURTZ.
FAURE.			

Le Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°

THÈSE

Année 1899

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 Février 1899

Par M. Henri AUGUSTE VOISIN

Né à Paris, le 7 Février 1872

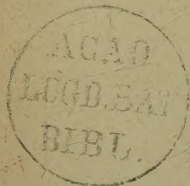
ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

LA TALALGIE
BLENNORRAGIQUE

Président : M. JOFFROY, Professeur.

Juges { M. TERRIER, Professeur.
M. GILLES DE LA TOURETTE, Agrégé.
M. MAUCLAIRE, Agrégé.



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1899

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE D^r AUGUSTE VOISIN

MÉDECIN DE LA SALPÊTRIÈRE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(1829-1898)

A LA MÉMOIRE DE MON ARRIÈRE-GRAND-PÈRE

LE D^r FÉLIX VOISIN

MÉDECIN DE L'HOSPICE DE BICÊTRE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(1794-1872)

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

LE D^r HENRI BARTH

MÉDECIN DE L'HÔPITAL NECKER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE L'ASILE SAINTE-ANNE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE DOCTEUR X. GOURAUD

MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

LA TALALGIE

BLENNORRAGIQUE

INTRODUCTION

Si la thèse est le couronnement des études médicales, elle est aussi l'occasion de se soumettre avec joie à une heureuse coutume d'après laquelle on témoigne publiquement ses hommages de respectueuse reconnaissance aux maîtres qui, par leur bienveillant accueil, leur savant enseignement et leur constante sympathie, nous ont éclairé et soutenu dans la voie difficile de l'art médical.

C'est à vous, mon cher Père, que je dois les premières connaissances de cet art que vous aimiez tant. Vous vous réjouissiez de m'aider dans cette tâche dernière, hélas ! en écrivant ces lignes, vous êtes bien encore près de moi, mais plus un sourire ne paraîtra sur votre bouche bien-aimée. Que votre âme me conseille dans les chemins de la vie et me guide dans les devoirs du médecin, devoirs que vous étiez si fier et si heureux de remplir.

Mon Père ne fut pas le seul conseil bienveillant que je rencontrai dans ma famille. Je trouvai en la personne de

M. le Dr HENRI BARTH, alors médecin de l'hôpital Broussais, mon beau-frère, un ami sûr et un maître éminent auquel je dois les premiers principes médicaux. Qu'il reçoive ici le témoignage de ma vive reconnaissance et de ma toute fraternelle amitié.

Je remercie aussi du fond du cœur M. le Dr ARROU, chirurgien des hôpitaux, mon cousin, des conseils qu'il a bien voulu me donner, pendant ces dernières années, avec une bonté qui ne s'est jamais démentie.

J'éprouverai toujours un amer regret de la mort de M. le Dr PÉAN, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, dans le service duquel je passai ma première année d'externat et qui m'initia avec une grande bienveillance à la science difficile de l'art chirurgical.

L'éminent maître en accouchements M. le professeur PINARD me fit l'honneur de m'admettre dans son service de Baudelocque comme externe. Qu'il reçoive ici le témoignage de ma respectueuse et profonde reconnaissance pour l'enseignement magistral que j'ai reçu de lui et la sympathie qu'il a bien voulu toujours me témoigner. Qu'il me soit permis d'associer à son nom ceux de MM. LEPAGE et VARNIER, accoucheurs des hôpitaux, des leçons desquels j'ai tiré grand profit.

M. le Dr MILLARD, médecin de l'hôpital Beaujon, a été pour moi un ami avant d'être un maître. L'une de ces qualités ne nuit jamais à l'autre et je lui ai une vive gratitude de son amitié comme des leçons qu'il m'a données au cours de ma seconde année d'externat. Dans son service, j'ai eu le bonheur d'être l'élève de MM. WIDAL et GALLIARD, médecins des hôpitaux, que j'ai

connus trop peu de temps. Qu'ils soient remerciés ici de leurs bons conseils.

Je suis heureux de témoigner ma bien sincère gratitude à M. le Dr MERKLEN, médecin de l'hôpital Laennec, qui m'accueillit dans ma troisième année d'externat et me familiarisa avec l'examen du malade.

M. le Professeur CHARRIN, dans le service de M. le professeur Germain SÉE, à l'Hôtel-Dieu, m'apprit et sut me faire apprécier les éléments difficiles de la pathologie générale : je lui suis bien sincèrement reconnaissant de ses savantes leçons et de son accueil toujours si bienveillant.

En ma première année d'interne provisoire, j'ai été dans les services de MM. les Drs MOUTARD-MARTIN, GOURAUD et OULMONT, médecins de la Charité. Leur bienveillant accueil m'a laissé un touchant souvenir et je suis particulièrement reconnaissant à M. le docteur GOURAUD de m'avoir plusieurs fois renouvelé mes fonctions dans sa crèche intéressante. J'ai été dans cette même année dans le service de M. le Dr BLUM, à l'hôpital Saint-Antoine.

En ma seconde année d'interne provisoire, j'ai connu, dans le service de M. CUFFER, médecin de l'hôpital Necker, MM. les docteurs Louis GUINON et TOUPET. Je conserve de leurs enseignements un excellent et reconnaissant souvenir.

Que M. le professeur JOFFROY, médecin de l'asile Ste-Anne, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, veuille bien agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

Les 24-25 juin 1898.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

D'après JACQUET, la talalgie est connue depuis SWEDIAUR. Mais ce symptôme a été peu étudié jusqu'à ce jour.

DESPRÈS le décrit dans sa *Chirurgie journalière* sous le nom de *contusion chronique du talon*. Il nie à peu près complètement l'influence de la blennorrhagie sur cette affection.

DUPLAY remplace le mot de talalgie par celui de *pternalgie*, formé suivant les règles de la linguistique. Il attribue la pternalgie à une bursite sous-calcanéenne d'étiologies diverses.

BROUSSE et BERTHIER montrent la névrite interstitielle localisée dans la paroi de la bourse séreuse sous-calcanéenne et très probablement d'origine traumatique. Pour eux, la talalgie renferme une foule d'affections mal classées, différentes par leur nature étiologique aussi bien qu'anatomique.

Mais c'est surtout JACQUET, qui a fait l'histoire complète de la talalgie et a montré l'influence presque exclusive de la blennorrhagie, son mode d'action et l'hyperostose calcanéenne.

CHAPITRE II

Étiologie.

La talalgie blennorrhagique ne s'observe jamais au début de la blennorrhagie. Elle se déclare surtout vers la 3^e ou 4^e semaine, alors que l'écoulement est presque tari.

On l'observe surtout dans les blennorrhagies prolongées ou à la suite de plusieurs blennorrhagies (Obs. HAYEM et PARMENTIER, LUSTGARTEN, etc.). — C'est aussi à la suite des injections mal pratiquées, des traitements imprudents, qu'elle survient.

JACQUET, sur seize malades, ne compte pas une seule femme. Sur les 12 observations que nous rapportons, une seule a trait à une femme (VOISIN, ob. XI). La talalgie est donc l'apanage presque exclusif de l'homme.

Cette prédilection toute particulière pour le sexe masculin se comprend facilement si l'on se rend compte des causes prédisposantes professionnelles : c'est, en effet, presque toujours chez les sujets astreints à la station debout prolongée qu'elle se rencontre surtout : boulangers, garçons de magasin ou de restaurant, cuisiniers, fantassins, gardiens de la paix, forgerons, etc.

Cette femme rentre précisément dans cette catégorie : elle était domestique et passait deux journées entières de chaque semaine à frotter l'appartement de ses maîtres.

CHAPITRE III

Symptômes.

La talalgie blennorragique, ainsi que son nom l'indique, signifie douleur au talon chez un blennorragien, mais en cela ne consiste pas seulement la symptomatologie. A l'élément douleur, s'ajoutent fréquemment d'autres troubles plus profonds, hyperostose calcanéenne, pied plat douloureux, dont l'ensemble constitue le pied blennorragique, comme l'a appelé le professeur FOURNIER.

On doit donc distinguer deux formes de talalgie blennorragique, selon que l'élément nerveux sera ou ne sera pas atteint, et nous décrirons la talalgie simple et la talalgie avec troubles trophiques.

1. -- TALALGIE BLENNORRAGIQUE SIMPLE

La talalgie simple, la douleur au talon, s'observe surtout chez les jeunes blennorragiens, et dans les premiers temps de la blennorragie, si l'on considère que cette affection dure des mois et même des années.

Elle débute la plupart du temps insidieusement, vers la troisième ou quatrième semaine de la maladie, au déclin de l'écoulement. C'est une douleur d'abord vague, rhumatoïde, analogue à ces symptômes pénibles qu'éprou-

vent les arthritiques au niveau de leurs articulations sous l'influence des changements de temps, surtout aux jours pluvieux. Mais rapidement la douleur devient plus aiguë, vive comme une névralgie sciatique. L'intensité de l'algie est si grande que bientôt le malade ne peut plus marcher : il se plaint de ses pieds, de ses talons qui le font souffrir horriblement : il ne peut les poser à terre, sous peine d'une véritable torture. Il marche sur la pointe du pied, ou, mieux encore, sur les bords externes ou internes des pieds, en évitant de toucher le sol du talon. Il ne tarde pas à rester au lit pour éviter ce supplice.

La talalgie est donc, comme on le voit, dans ses formes extrêmes, un symptôme véritablement pénible.

L'examen physique ne révèle rien d'abord, du moins d'une façon générale. Quelquefois, il peut exister un peu d'empâtement péricalcanéen, au niveau surtout de la face interne du calcanéum, là précisément où existe la gouttière calcanéenne, dans laquelle passent les nombreux tendons et synoviales des muscles qui, de la face postérieure de la jambe, se rendent à la plante du pied. C'est qu'il peut y avoir de la synovite, détermination fréquente dépendant du gonocoque ou de ses toxines. En tout cas, il est facile de localiser exactement le siège de la douleur : elle existe à l'insertion du tendon d'Achille sur le calcanéum, sur la face externe de cet os, là où s'insère le ligament péronéo-calcanéen de l'articulation tibio-tarsienne, enfin au niveau des deux tubérosités interne et externe de la face plantaire du calcanéum. Ainsi qu'on peut s'en rendre compte, les points douloureux correspondent à des insertions ligamenteuses ou tendineuses,

au tendon d'Achille, aux tendons des abducteur et adducteur de la plante du pied, au ligament péronéo-calcanéen. C'est pour cette raison que M. JACQUET pense qu'il s'agit d'un rhumatisme ostéo-fibreux blennorragique.

Il y a, au contraire, d'autres auteurs qui localisent ces phénomènes douloureux dans les bourses séreuses environnantes : bourses séreuses rétro-calcanéenne et sous-calcanéenne. M. DUPLAY (1), dans un article de la *Presse médicale*, où il étudie la talalgie en général, pense que la blennorragie fait souvent des bursites sous-calcanéennes ou des achillobursites, mais il ne parle pas de douleurs ostéo-fibreuses. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point quand nous essaierons d'élucider la pathogénie de ce symptôme.

Il est possible d'observer en coïncidence avec lui, comme dans notre observation personnelle (Obs. x), des points douloureux sur le trajet du sciatique ou des douleurs ostéo-fibreuses en d'autres points du corps, tels les points signalés par JACQUET, au niveau de la troisième lombaire, au niveau du coccyx, au niveau de l'articulation des os propres du nez avec le cartilage.

Il est exceptionnel d'observer un mouvement fébrile quelconque, mais cela se rencontre cependant dans les cas où il y a des arthrites blennorragiques contemporaines : telle l'observation de E. LÉVY (Obs. vii, où la température atteint 39°.

2. — TALALGIE BLENNORRAGIQUE AVEC TROUBLES TROPHIQUES.

La talalgie blennorragique simple guérit le plus

(1) DUPLAY. Talalgie ou pteralgie. *Presse médicale*, 1896, page 593.

souvent assez rapidement, mais il est possible et même probable qu'en vieillissant elle puisse engendrer les lésions osseuses qu'on rencontre dans la forme que nous allons décrire ; autrement dit, il est probable que la talalgie avec troubles trophiques soit la conséquence, la suite de la talalgie simple.

Cependant, dans cette forme, les douleurs sont quelquefois un peu différentes. Violentes comme dans le cas précédent et persistantes au point de constituer une véritable infirmité, elles s'accompagnent souvent de douleurs fulgurantes analogues à celles du tabes, mais localisées dans la région des pieds, comme dans l'observation de Milian (Obs. xii).

La caractéristique en est, disons-nous, dans les troubles trophiques.

L'hypérostose calcanéenne est le trouble qui se rapporte le plus directement à la talalgie. Le talon est augmenté dans tous ses diamètres (Obs. personnelle n° xi), et pris à poignée, il donne une sensation de résistance indiquant bien une néoformation osseuse et non pas seulement un empâtement péri-calcanéen par inflammation des parties molles. Les dépressions postérieures qui existent normalement de chaque côté du tendon d'Achille sont complètement effacées et l'on constate que le diamètre transversal du talon ainsi vu par derrière est considérablement augmenté. La lésion est le plus souvent symétrique, avec prédominance presque constante d'un côté. La peau est généralement saine.

C'est là ce que M. JACQUET (1) appelle la « *calcanéite*

(1) JACQUET. De la talalgie blennorragique. *Société médicale des hôpitaux*, 5 mars 1897.

ossifiante ». Il a vérifié son assertion sur le cadavre et prouvé que le gonflement du talon tenait à l'hyperostose calcanéenne. « Cette opinion, dit-il, simplement probable autrefois, est devenue certaine, depuis que, chez un malade de mon maître Debove, le diagnostic de calcanéite ossifiante double, d'origine blennorragique, que j'avais fait pendant la vie, a été vérifié après la mort. Voici l'un des calcanéums de ce malade. Comparez-le à ces deux calcanéums normaux : il y a hyperostose évidente au niveau de l'attache du tendon d'Achille et de la facette lisse et cartilagineuse qui lui fait suite. On conçoit ainsi que l'extrémité inférieure du tendon soit à la fois renflée et refoulée en arrière, de manière à constituer la saillie calcanéenne postéro-supérieure et le sillon qui la sépare de la partie postéro-inférieure de l'os ou encoche achillo-calcanéenne. De plus, il est non moins évident que les faces latérales, surtout l'externe, sont hyperostosées, ce qui explique l'accroissement du talon dans le sens transversal ; enfin, la tubérosité inféro-externe est, elle aussi, anormalement développée, et la douleur sous-calcanéenne des talalgiques trouve, là, un substratum anatomique positif. »

L'hypertrophie osseuse est donc certaine. Pourtant, elle a été discutée. Le principal argument contre l'existence de celle-ci, c'est que, dans un cas (1) où l'examen physique paraissait révéler une hyperostose évidente, la radiographie aux rayons de Röntgen donna un résultat négatif. Il n'y a cependant pas à aller contre l'examen nécropsique de M. JACQUET. La raison de cette contradiction est facile à saisir, car d'un certain nombre d'observations

(1) *Soc. de dermatologie*, 1898.

paraît résulter ce fait que le tissu osseux jeune n'est pas opaque pour les rayons X et, par suite, n'est pas perceptible par la radiographie. En effet, à cette séance de la Société de dermatologie, il fut rapporté l'observation d'un malade ayant une fracture de jambe consolidée dans les termes habituels et qui marchait en s'appuyant fort bien sur la jambe autrefois cassée. On radiographia ce malade dont le cal était sûrement constitué, et pourtant le cal n'apparut pas sur le cliché ; la fracture paraissait persister, les bouts supérieurs et inférieurs de l'os n'étaient pas unis l'un à l'autre, du moins en apparence. C'est là une démonstration des plus évidentes.

Il nous paraît possible de classer dans le même ordre de faits une observation de la *Presse médicale* de 1897, reproduite sous la rubrique : *Pseudo-arthropathie hypertrophiante pneumique*. L'auteur a radiographié un malade qui, à l'examen macroscopique, présentait les doigts hippocratiques caractéristiques et désignés par M. Pierre MARIE sous le nom de *ostéo-arthropathies hypertrophiantes pneumiques*. Il radiographia la main du malade et trouva sur le cliché les phalangettes absolument normales. Il en conclut que l'hypertrophie de la phalangette unguéale était due à l'hypertrophie des parties molles, et non à l'hypertrophie osseuse. On sait cependant que M. Pierre MARIE s'est basé lui aussi sur des examens nécropsiques pour affirmer la lésion osseuse.

Outre l'hyperostose calcanéenne, on peut rencontrer aussi le *pied plat*. Là comme ailleurs, celui-ci est constitué par l'affaissement de la voûte plantaire, avec douleurs dans la région affaissée et souvent épaissement du bord interne du pied.

Le pied, ainsi malade, se présente sous une physionomie tout à fait caractéristique : talalgie, hyperostose calcanéenne, pied plat douloureux dont l'ensemble forme ce qu'on peut appeler, avec M. le Professeur FOURNIER, le *pied blennorrhagique*.

Cette forme de talalgie est d'un pronostic grave, car elle constitue une véritable infirmité et n'a qu'une faible tendance à la guérison.

Elle s'accompagne presque toujours d'arthropathies variées aux articulations sterno-claviculaires, temporo-maxillaires, des doigts, des orteils, des genoux, etc. ; arthropathies plus remarquables par l'intensité des douleurs que par les phénomènes inflammatoires ; mais on trouve surtout concomitamment des phénomènes nerveux tels qu'atrophie musculaire, hypertrichose, exagération des réflexes rotuliens, trépidation épileptoïde, démarche spasmodique.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

La talalgie, comme nous le disions en faisant la description de ce symptôme, n'est pas d'une histoire récente ; on ne la rattachait que rarement à la blennorrhagie, tandis que nous pensons que la blennorrhagie en est le facteur le plus fréquent. DESPRÈS (1), qui l'appelait *névralgie du talon*, s'exprimait ainsi à son égard, en 1872 : « En examinant bien le caractère de la douleur, une douleur que les malades comparent à la sensation causée par la compression de la chaussure sur les orteils et à une sensation de chaleur et même de brûlure, on arrive à conclure que la douleur est la douleur propre à la contusion par compression, dont VELPEAU a donné la description dans sa thèse de concours sur la contusion. Étant admis ce premier point et en considérant que le mal existe chez des malades qui restent debout des heures entières, on peut établir que la maladie est une contusion profonde par pression intermittente.

« Mais il s'agirait de préciser le point où la contusion exerce ses effets :

« Est-ce sur la peau ? Non certes, car on sait que les pressions intermittentes sur les pieds produisent, au

(1) DESPRÈS. La chirurgie journalière, page 622.

« niveau des articulations, sur la face dorsale des orteils,
« des cors et, sur leur face plantaire, des durillons et
« même des maux perforants. La contusion du talon,
« portant ses effets sur la peau, devrait y déterminer la
« production d'un durillon et plus tard d'un mal perfo-
« rant.

« Est-ce le périoste qui supporte la compression? Non,
« car il en résulterait une périostose qui envahirait le
« pourtour de l'os et se traduirait à l'extérieur par du
« gonflement. Les fibres tendineuses des courts fléchis-
« seurs des orteils, confondues avec le périoste, ne parais-
« sent pas davantage être le siège de la contusion. Mais
« il y a entre le derme et la peau du talon et l'os un tissu
« fibreux aréolaire qui emprisonne des lobules de graisse
« très dense. Le tissu cellulo-graisseux est relativement
« plus vasculaire que le tissu adipeux des autres régions,
« et il est baigné d'un liquide peu abondant, voisin du
« liquide des bourses séreuses et qui mouille les doigts
« pendant la dissection. Ce tissu a une vie spéciale qui
« tient à sa fonction. C'est sur cette partie que porte la
« contusion. La compression y cause sans doute une mo-
« dification que l'on ne peut pas encore étudier, puis-
« qu'ici on n'a pas eu d'autopsie. Je pense qu'il y a une
« lésion de nutrition du tissu adipeux cellulo-graisseux
« sous-cutané ».

Ainsi donc, pour DESPRÈS, c'est la contusion chronique du talon. Mais il envisage à peine la possibilité de la blennorrhagie, témoin le passage suivant où il fait remarquer la rareté de la blennorrhagie sur le total de ses malades (2 sur 16), enquête évidemment insuffisante, car il est certain que, d'une manière générale, sur 16 indivi-

« dus, il y en a toujours plus de deux qui ont eu la blennorragie.

« Cette observation, dit-il, nous montre que la blennorragie antérieure peut être invoquée comme une cause de la douleur du talon. Mais il serait bon de remarquer que le malade a eu d'autres blennorragies compliquées aussi d'arthrite et qu'il n'a pas eu de douleur au talon avant le moment où il a remarqué lui-même qu'il avait fatigué la jambe droite pour soulager la jambe gauche. Il est clair qu'il y a eu une cause déterminante, un excès de marche, lequel a causé une contusion simple du talon qui a passé à l'état chronique.

« Voici la liste des malades observés jusqu'à ce jour et présentant les signes de la contusion chronique du talon, avec la mention des cas où il existait ou avait existé une blennorragie :

« Gardien de la Paix.....	1
« Blanchisseuses repasseuses.....	2
« Cuisinière	1
« Typographe.....	1
« Garçon épicier (blennorragie actuelle).....	1
« Garçon de café.....	1
« Cuisinier	1
« Allumeur de réverbère.....	1
« Surveillant de travaux.....	1
« Receveuse de chaises aux Champs-Élysées.....	1
« Soldat d'infanterie au service depuis un an, employé de magasin auparavant, toujours debout....	1
« Soldat de cavalerie, spahis (blennorragie antérieure).....	1

M. DUPLAY (1) considère cette explication comme insuffisante ; d'abord il rejette le mot de talalgie comme mal formé, hétérogène et le remplace par celui de pternalgie (πτερνα, talon, αλγος, douleur plus académique.

« Jusque dans ces derniers temps, dit-il, on n'avait pas
« encore songé à une particularité anatomique appartenant à la région et qui peut rendre parfaitement compte
« de la nature du mal. On sait en effet, depuis les
« recherches anatomiques de LENOIR, qu'il existe une
« bourse séreuse entre le périoste du calcanéum et le
« coussinet graisseux du talon. Cette bourse, qui siège
« précisément au-dessous des tubérosités que l'on observe
« en arrière de la face plantaire du calcanéum et surtout
« au niveau de la tubérosité interne la plus saillante, a
« pour but de permettre un certain degré de glissement
« de la peau et du tissu graisseux sur l'os sous-jacent.

« Or, comme toute bourse séreuse, celle-ci peut devenir malade sous diverses influences. La seule variété
« de bursite sous-calcanéenne sur laquelle l'attention
« ait été attirée est celle qui survient parfois dans le cours
« de la blennorrhagie et dont je me rappelle avoir
« observé un bel exemple. Mais à part cette forme bien
« nettement accusée ne peut-on pas admettre qu'il existe
« d'autres lésions inflammatoires de la bourse sous-calcanéenne et en particulier des lésions inflammatoires
« chroniques, se produisant sous l'influence de causes
« variées, générales ou locales ?

« Pour ces dernières, on peut invoquer l'action de la
« marche, de la station prolongée, plus particulièrement
« dans l'exercice de certaines professions. Il en résulte-

(1) DUPLAY. *Presse médicale*. 1896, *loc. cit.*

« rait, par suite de la compression et du froissement de la
« bourse sous-calcanéenne, une sorte d'hygroma chroni-
« que, donnant lieu à la douleur. Dans cette manière de
« comprendre la maladie, il n'est plus question de cette
« contusion chronique du talon, invoquée par DESPRÉS,
« qui nous laisse dans l'incertitude sur la nature et le
« siège anatomique des lésions, mais l'affection se trouve
« très exactement localisée dans la bourse séreuse sous-
« calcanéenne ou bourse de LENOIR, et la talalgie ou
« pternalgie doit être considérée comme une bursite
« sous-calcanéenne.

« Deux faits récemment publiés peuvent être invoqués
« à l'appui de ce qui précède.

« Dans un premier cas, BROUSSE, opérant un malade
« atteint de talalgie, trouva une bourse sous-calcanéenne
« épaissie et renfermant dans son intérieur un corps rizi-
« forme dont l'examen histologique montra qu'il s'agis-
« sait d'un névrome fasciculé. Quoiqu'il en soit, grâce à
« l'extirpation de la bourse séreuse, le malade guérit de
« sa douleur.

« Dans un cas plus récent, BROUSSE et BERTHIER, au
« cours d'une opération entreprise dans les mêmes con-
« ditions, trouvèrent la bourse sous-calcanéenne du vo-
« lume d'une noisette, distendue par un liquide filant.

« Dans l'épaisseur de la paroi de cette bourse, il exis-
« tait cette fois encore une petite nodosité de la grosseur
« d'un petit pois et d'une dureté ligneuse.

« Comme dans le cas précédent, l'extirpation de la
« bourse fut suivie de guérison.

« L'examen anatomique et histologique de la pièce fit
« reconnaître dans cette paroi une artériole dont les tu-

« niques étaient normales, et un filet nerveux atteint de
« névrite interstitielle. Or, la présence de ce vaisseau,
« comme celle du filet nerveux altéré, constituaient une
« véritable anomalie. Normalement, cette bourse séreu-
« se ne présente rien d'analogue.

« Si nous laissons de côté certains points un peu obs-
« curs de ces deux observations, tels que ce prétendu
« névrome fasciculé, cette anomalie dans la distribution
« d'une branche du nerf plantaire, située dans l'épaisseur
« même de la paroi de la bourse sous-calcanéenne, il faut
« insister sur les détails relatifs aux lésions de cette bourse
« dont les parois étaient notablement épaissies, indurées,
« et dont la cavité renfermait un liquide filant et un corps
« riziforme. Je considère la présence de ce corps ainsi
« que l'épaississement des parois de la bourse, comme une
« démonstration à l'appui de ce que j'ai dit précédem-
« ment sur le siège et la nature de la maladie, connue
« jusqu'à ce jour sous le nom de talalgie, et qui doit être
« à l'avenir, suivant moi, considérée comme une bursite
« sous-calcanéenne chronique. »

Nous avons tenu à citer *in extenso* la théorie pathogénique du professeur DUPLAY, partisan sans réserve de la nature inflammatoire de la maladie.

Les paroles du professeur DUPLAY peuvent être interprétées d'une toute autre façon, si l'on tient compte d'un élément important que M. DUPLAY néglige de parti-pris, comme insignifiant. Dieu sait pourtant s'il a de la valeur, puisque c'est un fait d'observation sûre.

Dans les deux cas relatés par cet auteur (BROUSSE, BROUSSE et BERTHIER), l'examen anatomo-pathologique des produits anormaux extirpés pendant l'opération a

montré des altérations nerveuses importantes : un névrome fasciculé, une névrite interstitielle.

On voit donc que la théorie nerveuse énoncée par M. JACQUET, qui en est le père, a pour elle des arguments anatomo-pathologiques de grande valeur ; ils sont d'autant plus probants que cet examen fut fait sans idée préconçue, puisque la théorie nerveuse de la talalgie n'était pas encore édifiée.

Cette théorie, en effet, rend compte de tous les phénomènes observés. En effet, comment, avec la bursite sous-calcanéenne, expliquer le pied plat blennorragique, l'hyperostose calcanéenne ?

Mais procédons avec ordre et étudions successivement la pathogénie des deux genres de talalgie que nous avons distingués : la talalgie simple et la talalgie avec hyperostose.

1. — TALALGIE SIMPLE

L'hygroma sous-calcanéen l'explique-t-il ? Il est possible que cet hygroma existe, mais sur 13 cas de talalgie observés par M. JACQUET et sur les observations que nous rapportons, il n'en a pas été rencontré.

De plus la douleur n'est jamais exactement localisée au niveau de la bourse séreuse.

Par contre, cette douleur, ainsi que le dit M. JACQUET, diffuse le long du tendon et des aponévroses plantaires, elle est ostéo-fibreuse et fibreuse. Nous avons aussi constaté que, outre les maxima indiqués par M. JACQUET, il y en avait un autre sur la face externe du calcanéum, c'est-à-dire au niveau de l'insertion, sur cet os, du ligament péronéo-calcanéen de l'articulation tibio-tarsienne.

En localisant aussi plus soigneusement les points douloureux de la face plantaire, on voit que c'est au niveau des tubérosités interne et externe que se trouve le maximum douloureux, c'est-à-dire au niveau des points d'attache des tendons des muscles de la plante du pied.

« En effet, » dit M. JACQUET, « tendons et aponévroses, « riches en nerfs, de sensibilité pathologique exquise, « jouent dans la douleur rhumatismale un rôle prédominant, bien que méconnu, au profit des synoviales. « Ce rôle, je l'ai invoqué pour expliquer, dans le blennorhagisme, la douleur au coccyx, la douleur du « fibro-cartilage nasal, celle des apophyses épineuses. « Depuis, j'ai trouvé maintes fois ces localisations douloureuses, qu'aucune inflammation synoviale ne saurait « expliquer, et je n'hésite plus à considérer la talalgie « non déformante comme le premier degré de la talalgie « hyperostosante et dépendant, comme elle, d'une même « cause : le rhumatisme ostéo-fibreux, avec un travail « d'ossification encore inappréciable. »

Outre ces raisons, qui plaident en faveur de l'origine nerveuse de la talalgie simple, il y en a d'autres qui lui sont communes avec la talalgie hyperostosante, particulièrement la concomitance de phénomènes nerveux dont nous parlerons.

2. — TALALGIE AVEC HYPEROSTOSE

Il est fréquent de voir la talalgie simple devenir talalgie hyperostosante, de telle sorte que les arguments en faveur de celle-ci peuvent être invoqués aussi à l'appui de celle-là.

Or, on va voir que tout démontre la nature nerveuse

de cette hyperostose. Il ne s'agit pas d'une hyperostose uniforme de l'os, comme on pourrait le voir dans une inflammation du périoste; loin de là : il s'agit d'une hyperostose localisée aux maxima douloureux dont nous parlions tout à l'heure, c'est-à-dire au niveau d'insertions ostéo-fibreuses.

Et le mécanisme de cette inflammation ostéo-fibreuse s'éclaire, ainsi que le dit M. JACQUET, « par les notions « d'embryologie, d'anatomie normale et d'anatomie com-
« parée; nous savons, en effet, qu'à la période embryonnaire
« les capsules cartilagineuses du calcanéum se continuent
« directement avec des séries capsulaires analogues dispo-
« sées entre les fibres du tendon d'Achille; que, chez
« l'adulte, il reste en permanence dans l'extrémité infé-
« rieure du tendon des cellules cartilagineuses auxquelles
« succèdent, par transition insensible, les cellules conjonc-
« tives proprement dites; et qu'enfin, chez les oiseaux no-
« tamment, il y a ossification normale de l'extrémité infé-
« rieure du tendon : voilà des faits en série logique, s'é-
« clairant, se complétant les uns par les autres. »

Depuis sa publication sur la talalgie blennorragique, M. JACQUET a rapporté une observation très démonstrative au point de vue pathogénique : il s'agit d'une névrite prolongée du membre inférieur droit d'étiologie complexe, mais non blennorragique, survenue à l'âge de 16 ans chez un sujet nerveux et alcoolisé dès l'enfance, adonné aux excès vénériens et atteints en pleine adolescence d'une fièvre typhoïde grave, longue, à multiples manifestations nerveuses et qui paraît avoir servi de cause déterminante à la névrite éclosée à la fin de la convalescence.

Il y avait chez ce malade, dont la jambe et le pied étaient d'ailleurs considérablement atrophiés, une hyperostose calcanéenne considérable. C'est une démonstration rigoureuse de l'origine névritique de cette hyperostose.

Enfin, la talalgie, avec ou sans hyperostose, existe rarement à l'état isolé, elle s'accompagne d'autres troubles trophiques en général, accidents cutanés, pied plat douloureux, et de déterminations ostéo-articulaires spéciales. Celles-ci ne sont pas analogues à celles des rhumatismes ordinaires ; on n'y voit pas l'hydarthrose, la purulence, la fièvre. C'est un rhumatisme ostéo-fibreux analogue au rhumatisme chronique dont la nature nerveuse a été et est encore si discutée.

La plupart du temps, ainsi qu'on peut s'en rendre compte dans les observations que nous rapportons (HAYEM et PARMENTIER, LUSTGARTEN, MILIAN, VOISIN), il existe aussi concomitamment une série de phénomènes nerveux variés névritiques ou médullaires, douleurs sciatiques, points sciatiques, exagérations des réflexes, trépidations épileptoïdes, douleurs fulgurantes, etc.

Citons encore M. JACQUET : « Chez tous ceux que j'ai pu étudier d'une manière complète, dit-il, des phénomènes nerveux variés accompagnaient la talalgie, et le terrain organique était merveilleusement préparé pour l'éclosion de ce que j'étudierai sous le nom de forme myélopathique du blenno-rumatisme. »

De ce qui précède, pouvons-nous affirmer l'absolue nature névritique de la talalgie. Ne peut-on penser que les troubles nerveux soient non pas antérieurs, mais secondaires à la talalgie ? En un mot, doit-on accepter sans restriction l'opinion de M. JACQUET ?

La lésion nerveuse peut en effet succéder à l'inflammation périostique primitive par névrite ascendante, et l'élément nerveux agissant à son tour augmenter la périostite inflammatoire ou toxique par l'adjonction de la périostite trophique, si l'on peut dire.

On peut encore admettre que l'infection agit simultanément sur le périoste et sur le centre médullaire, et qu'ainsi il y ait coïncidence de symptômes, ce qui serait une manière d'expliquer les troubles nerveux bilatéraux quise trouvent signalés dans plusieurs de nos observations.

Ici, nous sommes en plein dans le domaine de l'hypothèse; la bactériologie n'a pas encore appris d'une manière certaine comment agit le gonocoque : s'il agit en nature, par ses toxines ou encore par le développement d'infections secondaires. Ces causes agissent-elles sur la synoviale et sur le périoste eux-mêmes, agissent-elles sur les terminaisons nerveuses ou sur le centre médullaire? Nous posons la question sans la résoudre; il nous manque d'abord des examens nécropsiques et histologiques.

CHAPITRE V

Marche. Diagnostic. Traitement.

1. — MARCHÉ. DURÉE. TERMINAISON.

La talalgie blennorragique a une marche essentiellement chronique. Elle peut durer des mois, des années et rendre infirmes les malades qui en sont porteurs.

La talalgie simple est d'un pronostic bénin, car, mise au repos, elle peut guérir.

Au contraire, si le malade néglige de se soigner, et, en particulier, continue sa profession debout, il passe presque fatalement à la talalgie avec hyperostose calcaneenne. Dès lors, la lésion est à peu près irrémédiable. Le traitement approprié peut bien diminuer l'hyperostose, mais non la faire disparaître. Par contre, les douleurs peuvent rétrograder et, avec elles, l'impotence fonctionnelle.

2. — VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

Il est certain que la talalgie peut relever d'autres causes que la blennorragie, mais il est non moins certain que la blennorragie est la cause la plus fréquente de la talalgie. Et si l'on examine avec soin les observations de talalgie publiées, on retrouvera la blennorragie avec une fréquence inusitée, soit actuelle soit anté-

rieure de peu de temps. Mais, pour que la proportion exacte fût déterminée, il serait nécessaire que les observations fussent prises avec une très grande minutie. C'est que la blennorrhagie est très souvent difficile à dépister : l'interrogatoire du malade est souvent muet à cet égard, soit que celui-ci cache sa maladie qu'il n'ose avouer, soit qu'il ignore les termes usuels et pense qu'un petit « échauffement » n'est pas une maladie vénérienne.

Le canal doit être examiné le matin au réveil et ramoné depuis la racine de la verge jusqu'au gland, de manière à ne pas laisser la moindre trace de pus. La plus petite goutte, même séreuse d'apparence, devra être recueillie sur une lame, et examinée soigneusement au microscope au double point de vue des globules de pus et du gonocoque.

Les urines devront aussi être examinées et l'on constatera si elles présentent ou non des filaments. On devra même tenter l'épreuve de la bière, pour être tout à fait sûr, avant de nier la possibilité d'une blennorrhagie chez un sujet atteint de talalgie.

En prenant ces précautions, on constatera certainement que presque toujours la talalgie relève de la blennorrhagie.

Et inversement la talalgie devient ainsi le plus souvent un signe révélateur de la blennorrhagie.

C'est en s'appuyant sur ce fait que M. MILIAN a pu soupçonner l'origine blennorragique d'une hydarthrose chronique des petites jointures, de forme singulière dont le type n'était pas décrit, à part une observation antécédente de M. GALLIARD, d'ailleurs muette sur l'étiologie. Nous reproduisons plus loin cette observation *in extenso*.

3. — DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de talalgie est facile à porter. Le tubercule sous-cutané douloureux de la région peut amener une symptomatologie identique. Pareillement encore un foyer tuberculeux intra-calcanéen, le développement dans l'épaisseur du calcanéum d'un néoplasme central peuvent donner le change au clinicien.

Mais dans ce cas, outre les signes fréquents de tuberculose généralisée, outre l'absence du suintement urétral, la douleur ne sera pas nettement aux points que nous avons signalés. La marche enfin de l'affection sera toute autre.

Il faudra aussi distinguer les cas d'hygromas des différentes bourses séreuses du talon (achillobursite, bursite sous-calcanéenne), ce qui sera facile grâce au gonflement inflammatoire localisé.

Enfin, la talalgie reconnue, nous ne sommes pas encore en droit d'affirmer exclusivement son origine blennorragique.

D'autres affections microbiennes ou toxiques, les dyscrasies, telles que la goutte, pourraient amener la même symptomatologie; dans le diagnostic étiologique, on devra penser à ces possibilités, tout en sachant que la blennorragie est le facteur le plus fréquent de la talalgie.

4. — TRAITEMENT.

Le traitement de la talalgie est facile et efficace. Quelquefois cependant il faudra un certain temps avant d'atteindre un résultat.

Il comprend plusieurs points :

- 1° Repos ;
- 2° Traitement de l'écoulement ;
- 3° Révulsion ;
- 4° Massage et hydrothérapie .

1° REPOS. — Le malade devra cesser pour un temps *prolongé* (plusieurs mois) sa profession debout et même la quitter tout à fait pour éviter les rechutes . Le repos au lit sera nécessaire . Au moment de la convalescence, on obtiendra un repos relatif du talon, en faisant porter au malade des chaussures spéciales rembourrées et faites de telle façon que le talon du malade soit suspendu .

2° TRAITEMENT DE L'ÉCOULEMENT. — Le traitement de l'écoulement s'imposera et, à ce titre, il faudra recommander les lavages au permanganate de potasse pratiqués suivant la méthode de M. JANET et les instillations de nitrate d'argent, si efficaces pour tarir les écoulements chroniques et la goutte militaire .

3° RÉVULSION. — La révulsion sera pratiquée au niveau de la colonne vertébrale, où elle agira sur la lésion nerveuse qui a engendré ce blenno-rhumatisme et au niveau du talon où elle favorisera la résorption de l'hyperostose et agira en même temps sur l'élément douleur .

4° MASSAGE, HYDROTHÉRAPIE. — Enfin les massages, les frictions, les bains térébenthinés si efficaces, préconisés par MM. BALZER et JACQUET, pourront être prescrits avec succès,

CHAPITRE VI

Observations

OBSERVATION I.

Rhumatisme blennorragique, Méningomyélite (HAYEM et PARMENTIER).

Cl... Georges, vingt-six ans, cocher, entre salle Bazin, le 24 mai 1886.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Ses parents ne sont ni rhumatisants ni nerveux.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Fièvre typhoïde à l'âge de seize ans, ayant duré six semaines. Quelque peu d'alcoolisme, *pas de syphilis*. En mai 1883, il contracte la blennorragie, prend de l'opiat dès le quatrième jour ; au bout de trois semaines, l'écoulement s'arrête presque complètement et fait place à un léger suintement ; mais les douleurs vagues apparaissent dans l'épaule et la hanche du côté droit *et dans le talon gauche*. Cl... continue néanmoins son travail de conducteur d'omnibus, qui l'oblige à rester debout toute la journée. *Mais le talon droit* se prenant à son tour, il se fait cocher.

L'écoulement étant revenu et les douleurs des talons étant plus vives, il entre à l'hôpital Tenon, au mois de septembre 1883, dans le service de M. DREYFUS-BRISAC.

Traitement : Opiat, salicylate de soude, bains de vapeur.

Après un séjour de deux mois, il sort de l'hôpital, souffrant encore des talons.

A la fin de 1884, il est obligé à nouveau de suspendre son travail à cause des *douleurs aux talons*, qui sont devenues très vives quand il pose le pied à terre. Il reste chez lui dans cet état près de dix mois.

En juillet 1883, il entre dans le service de M. Siredey ; non seulement il souffre des *talons* et des pieds, mais il ressent de vives douleurs au niveau des reins et de la base de la poitrine. La station debout comme la marche lui sont très pénibles ; il ne peut se tenir sur la pointe des pieds. Il marche un peu courbé en avant et ne peut gagner le but choisi, sans dévier de la ligne droite. Les membres inférieurs ont perdu de leur force.

Pas de troubles urinaires ni rectaux. On aurait alors constaté une exagération des réflexes rotuliens. Au dire du malade, on croyait à une congestion de la moelle.

Traitement : Seigle ergoté pendant une semaine, puis iodure de potassium. Bains sulfureux. Cautére dans le dos.

Quatre mois après, nouvelle recrudescence des douleurs, qui, des pieds, s'étendent à la jambe et à la cuisse.

Le 24 mai, Cl... entre à l'hôpital Saint-Antoine.

Nous le trouvons dans l'état suivant :

Le malade est petit, de chétive apparence ; il paraît fatigué et amaigri.

Il attire notre attention sur les douleurs qu'il éprouve au niveau des lombes, de la base de la poitrine et des membres inférieurs ; elles sont particulièrement vives à la plante du pied et au *talon des deux côtés*.

Les douleurs, presque continues, ont par intervalles une grande intensité ; il semble au malade qu'un cercle lui serre la poitrine ; il a des picotements, des fourmillements dans les pieds, les jambes et les mollets. Très rarement les douleurs prennent le caractère de douleurs fulgurantes.

La sensibilité est exagérée dans ses divers modes : chatouillement, contact, température. La percussion de la colonne vertébrale est douloureuse au niveau de la région dorso-lombaire. Pas de trouble des sphincters.

Il existe une exagération notable des réflexes patellaires et de la trépidation épileptoïde.

Le moindre frôlement de la peau provoque des contractions des masses musculaires, amenant des trémulations musculaires.

La station debout et la marche augmentent les douleurs ; le malade s'avance courbé et doit avoir recours à un soutien ; il traîne légèrement les pieds. Il sent nettement la nature du sol sur lequel il repose. Dès qu'il se tient debout, les pieds prennent une teinte violacée.

Au repos, les pieds sont un peu gonflés jusqu'aux malléoles.

Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne et des genoux ne sont pas douloureux.

La puissance musculaire des membres inférieurs est affaiblie; le malade résiste faiblement aux efforts de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse. Enfin léger suintement urétral.

Traitement : Salicylate de soude.

En juillet 1885, le genou droit se gonfle et devient douloureux, la jambe se met dans la demi-flexion. Les poignets se prennent ensuite, puis les épaules et les articulations sterno-claviculaires.

On redresse la jambe droite, que l'on met dans un appareil plâtré, et l'on fait sur le genou un badigeonnage phéniqué.

Badigeonnage au laudanum sur les poignets et les épaules.

Deux mois après, on retire la gouttière; le genou et le poignet du côté droit sont encore fort sensibles, le coude se prend à son tour. On applique des pointes de feu au niveau des articulations malades.

En octobre, recrudescence des divers symptômes.

Les douleurs de reins deviennent plus vives, douleurs en cercle à la base de la poitrine, douleurs fulgurantes dans les deux jambes.

La percussion de la colonne dorso-lombaire cause de vives douleurs, il en est de même de tout mouvement du rachis.

Pas de zona, d'anesthésie; au contraire, hyperesthésie notable des téguments des membres inférieurs et de la région dorso-lombaire: hyperesthésie douloureuse.

La pression des masses musculaires de la cuisse et de la jambe est fort sensible.

Les réflexes patellaires sont fort exagérés, du côté droit surtout.

L'excitabilité réflexe est encore considérable.

La trépidation épileptoïde est très marquée.

La puissance musculaire est diminuée.

Si le malade pose le pied à terre, le pied droit particulièrement, le membre correspondant est pris de tremblements, et le simple fait de poser la pointe du pied à terre détermine de la trépidation épileptoïde. S'il reste debout pendant quelques minutes, les deux membres inférieurs se mettent à trembler et il est obligé de s'asseoir. Enfin, quand le membre inférieur du côté droit est dans une fausse position, il se met à trembler.

Les masses musculaires sont peu résistantes; les membres inférieurs sont amaigris.

Les muscles répondent bien à l'excitation des courants faradiques; le jambier antérieur et les extenseurs des orteils se contractent moins que les autres muscles. Au bout de quelques minutes d'électrisation, le tremblement se manifeste de nouveau.

La contraction idio-musculaire est normale au niveau des muscles pectoraux et des biceps.

Traitement : Salicylate de soude, 6 grammes, puis 4 grammes.

Après un mois, les phénomènes aigus diminuent d'intensité; on donne au malade des bains sulfureux.

Puis, les choses restent en l'état jusqu'en février, le malade ayant de temps à autre des poussées du côté des gaines synoviales des extenseurs du poignet.

On lui donne alors de l'iodure de potassium.

Au mois de mars, il est pris de nouvelles douleurs dans l'épaule droite, puis dans le poignet gauche, le mois suivant.

On fait des badigeonnages iodés sur les jointures malades.

En avril, le malade se plaignait encore de souffrir dans la région dorso-lombaire. Les réflexes rotuliens étaient encore exagérés et le tremblement épileptoïde des membres inférieurs persistait, bien que notablement diminué. Dès qu'il se tient debout quelques instants, l'œdème des pieds reparait.

Vers la fin du mois, l'articulation du pouce droit devient douloureuse à son tour, puis les poignets sont atteints, enfin le genou droit, qui est gonflé et plus chaud que le genou gauche.

Après une semaine, les douleurs sont moins vives, et quinze jours après cette nouvelle poussée du côté des articulations, le malade peut commencer à se lever.

Vers le milieu d'avril, il souffre encore dans l'épaule droite et au niveau des articulations cervicales.

A la fin de mai, l'amélioration est considérable, *les douleurs ont totalement disparu, sauf au niveau des talons*. Les mouvements du membre supérieur, du poignet, du coude, de l'épaule s'exécutent assez facilement, il en est de même du membre inférieur. Les mouvements des diverses jointures qui ont été atteintes présentent des craquements. La raideur est surtout marquée au niveau des poignets et des genoux. Le malade s'essaye à marcher avec une canne. Il s'avance les pieds écartés, le corps penché en avant, traînant pour ainsi dire les jambes. Les réflexes ne sont plus exagérés, la sensibi-

lité est redevenue normale. Mais le soir, s'il est resté longtemps debout, il se plaint encore des talons.

Il prend des bains sulfureux et par intervalle de l'iodure de potassium. Au milieu de juin, dernière poussée, un peu intense, au niveau des poignets et de l'articulation tibio-tarsienne, accompagnée de gonflement et de douleurs au moindre mouvement. Révulsifs locaux et bains de vapeur.

Enfin, dans le cours de l'année, il présente de temps à autre dans diverses jointures qui ont été déjà primitivement atteintes, quelques douleurs passagères, mais sans caractère aigu. On lui fait alterner les bains de vapeurs avec les bains sulfureux et on pratique le massage du pied.

La mobilité revient progressivement dans les articulations et la marche est de jour en jour plus facile, l'état général s'améliore aussi. Le malade demande son exeat.

Il quitte le service au mois de mars. Son état général est excellent, il a repris un peu d'embonpoint. Il ne tousse pas ; il n'y a rien au cœur ni aux poumons.

L'écoulement est complètement tari depuis trois mois.

Les membres, et particulièrement les membres inférieurs, sont encore grêles, et les masses musculaires sont peu résistantes, bien que l'atrophie soit moins marquée depuis six mois.

Les muscles ont repris une partie de leur puissance. Le malade résiste assez bien aux efforts de flexion et d'extension.

Le système pileux des membres inférieurs s'est développé pendant le cours de l'affection.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité.

Les réflexes sont normaux. Pas de trépidation épileptoïde.

On constate quelques raideurs au niveau de l'épaule, du poignet et du coude du même côté.

On perçoit des craquements dans l'articulation de l'épaule et des genoux des deux côtés.

Le pouce a repris sa mobilité ordinaire. La marche est assez facile ; le malade progresse sans soutien, les pieds un peu écartés ; mais il ne traîne plus la plante des pieds comme auparavant.

La colonne vertébrale n'a pas repris la souplesse normale ; pour ramasser un objet à terre, il est obligé d'écartier les pieds et de mouvoir le tronc d'une seule pièce.

Néanmoins, la malade se croit à même de reprendre son ancien métier de cocher.

OBSERVATION II

Rhumatisme blennorragique, accidents spinaux (HAYEM
et PARMENTIER).

X..., âgé de 29 ans, comptable, entre le 7 mars 1887 salle Saint-Christophe, lit n° 4.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père tué en 1870, mère morte en 1870 d'une hémoptysie abondante qui l'emporta en deux jours. Elle ne toussait pas. Elle était nerveuse, fort irritable ; mais pas d'attaques de nerfs. Frère bien portant ; eut la chorée à douze ans.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Bonne santé habituelle.

Syphilis en mars 1885 ; traitement par la liqueur de Van Swieten et l'iodure de potassium pendant deux mois. Au mois de mai, urétrite légère : les douleurs durèrent trois jours ; au bout d'une semaine, elles avaient presque disparu.

En septembre 1886, violente blennorragie, douleurs urétrales intenses, écoulement purulent abondant. Bien qu'il en souffrit beaucoup, il négligea de se soigner. Au bout de quinze jours, il ressentit dans les membres inférieurs des douleurs siégeant plutôt à la partie interne des cuisses ; excitées par la marche, ces douleurs cessaient au repos.

Quatre jours après, apparut une hydarthrose dans le genou droit, et, huit jours après, ce fut le tour du genou gauche qui devient gonflé et douloureux.

Dès lors, le malade dut garder le lit.

Traitement : Teinture d'iode, vésicatoire et compression *loco dolenti*.

Bientôt, il s'aperçut que les membres inférieurs, particulièrement les cuisses, s'amaigrissaient.

Au bout de deux mois, il put se lever ; les genoux n'étaient plus gonflés, mais étaient encore douloureux. Les douleurs dans les cuisses étaient moins vives.

Il essaya alors de reprendre son travail. Mais au bout d'une semaine, il dut l'abandonner : il ressentait dans *les talons* de violentes douleurs qui l'empêchaient de marcher. Le pied était en semi-exten-

sion sur la jambe et on ne pouvait le redresser sans provoquer de vives souffrances ; *la région du talon était gonflée et douloureuse.*

Les articulations métatarso-phalangiennes du côté gauche furent atteintes. Enfin, l'amaigrissement des membres inférieurs devient plus notable.

Le malade fut un peu soulagé par le salicylate de soude et les bains de vapeur.

Néanmoins l'amaigrissement des membres inférieurs continuant à se développer, la plante du pied, à droite et à gauche, étant toujours douloureuse, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

A cette date l'écoulement blennorrhagique avait totalement disparu.

A son entrée, on le soumit à un traitement mixte : iodure de potassium et mercure.

On lui fit même des frictions avec l'onguent napolitain sur les talons ; il n'en éprouva aucune amélioration.

Le malade était depuis 3 mois à l'hôpital et soumis au traitement mercuriel et ioduré à forte dose, lorsqu'apparurent des douleurs violentes et du tremblement dans les membres inférieurs. Les douleurs qui partaient du talon et s'étendaient jusqu'aux genoux, étaient instantanées et rappelaient par leurs caractères les douleurs dites fulgurantes. Elles étaient plus fréquentes la nuit et le réveillaient en sursaut. De temps à autre, il était pris de crampes dans les membres inférieurs, surtout douloureuses à la plante des pieds.

Le tremblement ne survenait qu'au moment où le pied posait à terre et s'étendait alors à tout le membre.

L'exagération des réflexes était fort notable des deux côtés.

La trépidation épileptoïde existait également à droite et à gauche.

Le chatouillement de la plante des pieds déterminait des spasmes dans le membre correspondant.

La sensibilité était conservée.

Léger degré de parésie musculaire.

Pas de troubles des sphincters.

Pas de douleurs en ceinture. Le malade éprouve un peu de sensibilité de la région dorso-lombaire dans les mouvements de flexion et d'extension ; rien au repos ; la percussion des apophyses épineuses dorso-lombaires est peu douloureuse.

Le malade ne peut se tenir debout, à cause de la douleur de la plante des pieds et du talon et de la faiblesse des jambes.

On continue le traitement antisyphilitique : 8 grammes d'iodure, frictions mercurielles.

Voyant qu'il ne se produisait aucune amélioration, on fit suspendre le mercure et l'iodure de potassium. On prescrivit alors des bains sulfureux et des injections sous-cutanées d'antipyrine ; puis on eut recours à l'électricité.

Le malade, qui gardait le lit depuis 3 mois, commença dès lors à se trouver un peu mieux : après un mois, il put commencer à se lever ; on constata qu'il se tenait debout, les yeux fermés, sans osciller.

Progressivement et lentement, le mieux s'accroît, le malade peut faire quelques pas dans la salle qu'il met près d'un quart d'heure à parcourir dans sa longueur.

Enfin, vers le mois de janvier, les douleurs fulgurantes, qui étaient devenues de plus en plus rares, disparaissent complètement. La trépidation épileptoïde est à peine marquée. Le tremblement des membres inférieurs n'existe plus que lorsqu'il pose le pied à terre et disparaît après quelques pas.

L'amaigrissement des membres inférieurs a cessé. Il ne reste plus en somme que la sensibilité de la plante des pieds et les *douleurs des talons*, qui le forcent à s'arrêter après un quart d'heure de marche.

ÉTAT ACTUEL (23 avril). — « Le malade conserve encore sa douleur du talon ; il peut marcher pendant une heure environ sans être trop fatigué ; mais, au début de la marche, les pieds sont raides et les souffrances des talons s'exaspèrent ; après quelques minutes, la marche devient plus facile. Le malade lève bien le pied au-dessus du sol. Il ne frappe pas du talon. Il lui semble que si les douleurs des talons disparaissaient, il marcherait comme avant sa maladie. »

Plus de trépidation épileptoïde, plus de douleurs fulgurantes. Pas de signe de Romberg.

La parésie musculaire est presque totalement disparue ; cependant le malade se sent moins fort qu'auparavant.

Il existe encore de l'atrophie des masses musculaires de la cuisse et du mollet ; mais elle est loin d'être aussi considérable qu'autrefois.

Les genoux ne sont plus douloureux, mais laissent percevoir des craquements.

Pas de roideur de la colonne vertébrale.

Bon état général.

OBSERVATION III

Affection spinale avec arthropathies rhumatismales blennorragique (LUSTGARTEN).

R..., de nationalité hongroise, photographe, 26 ans.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Blennorragie en 1880 à 18 ans. Au bout de 3 semaines est apparue une douleur avec gonflement de l'articulation métatarso-phalangienne du deuxième orteil droit.

Le malade a été retenu 1 mois au lit pour la douleur articulaire ; la convalescence a duré 3 mois.

En 1883, deuxième blennorragie qui dure 3 ou 4 mois.

Quelques jours après le début, envahissement des articulations tibio-tarsiennes des deux côtés et *du talon droit*, au niveau du tendon d'Achille.

Séjour au lit, 4 mois.

En juillet 1884, sans cause connue, sans réapparition du flux blennorragique, les douleurs articulaires et synoviales apparaissent aux mêmes points que la deuxième fois.

C'est à cette époque qu'il commence à remarquer dans les membres inférieurs un certain degré de trépidation qui se produit à l'occasion de certains mouvements et un amaigrissement sensible, surtout dans les jambes.

A la suite, pendant toute la durée de 1885, il marche tant bien que mal, souffrant souvent dans les jointures, mais surtout dans la plante des pieds des deux côtés.

Parfois il est forcé, à cause de l'exacerbation des douleurs, de s'aliter pendant 3 ou 4 jours de suite.

En 1886, troisième blennorragie. Les douleurs reparaissent et le condamnent au lit pendant 3 mois. Les plantes des pieds surtout sont douloureuses et gênent la marche ainsi que la trépidation. Il est rare que depuis il ait pu marcher sans béquilles.

Depuis 1880, il a passé à peu près la moitié de son temps au lit.

En mai 1887, quatrième réapparition de la blennorragie, cette fois sans coït et vraisemblablement en conséquence d'excès de boisson. Cette fois, les deux articulations du cou-de-pied sont douloureuses et gonflées, les talons douloureux ainsi que certains points de la plupart des autres articulations, genoux, hanches, jointures ver-

tébrales, lombaires, et articulation temporo-maxillaire gauche sont prises à leur tour, successivement ou simultanément mais cette fois sans gonflement (arthralgies), à l'exception de la dernière, la temporo-maxillaire, qui a été tuméfiée. Il paraîtrait qu'au plus fort de cet envahissement, qui a eu lieu en juillet, la température centrale se serait élevée, à un moment, jusqu'à 40°.

Après cette période aiguë, les douleurs s'atténuent, elles abandonnent toutes les jointures pour ne plus exister que dans les pieds, et là elles ne se montrent plus spontanément qu'à l'occasion de certains paroxysmes; d'habitude elles ne se révèlent que par la pression ou lorsque le malade veut mettre les pieds à terre; mais, sous cette forme et dans ce siège, elles sont absolument permanentes; depuis quatorze mois, elles n'ont jamais cessé d'exister un seul instant. C'est vers la même époque que les symptômes spinaux et en particulier les trépidations tendent à prédominer et à occuper le premier plan.

ETAT ACTUEL. — Les douleurs plantaires siègent symétriquement de chaque côté, au niveau des bourses séreuses plantaires *rétro-calcanéennes*. La pression partout ailleurs sur la plante des pieds ne provoque aucune souffrance.

Aujourd'hui, les douleurs tibio-tarsiennes sont presque éteintes.

Il n'en est pas de même du côté des jointures métatarso-phalangiennes des gros orteils de chaque côté, qu'on ne peut mouvoir un peu vivement ou presser sans provoquer de la douleur.

Quant aux symptômes qui dénotent une participation de la moelle, voici en quoi ils consistent. En premier lieu, il existe une atrophie musculaire très prononcée des membres inférieurs, surtout aux mollets.

Les phénomènes de l'atrophie simple se trouvent combinés sur certains points à ceux de l'atrophie dégénératrice (réaction de dégénérescence et secousses fibrillaires). On peut en outre remarquer en passant les teints rouges violacés qui se marient sur les jambes et sur les pieds, ainsi qu'un certain degré d'algidité, phénomène qui rappelle ce qui s'observe dans la paralysie spinale infantile. Mais ce qui est frappant surtout, c'est l'exagération des réflexes rotuliens et la trépidation très marquée produite par le redressement de la pointe du pied. Cette trépidation s'accuse au plus haut degré aussitôt que le malade pose le pied à terre, de telle sorte que la marche est impossible en raison de la douleur plantaire et de la trépidation spasmodique.

D'ailleurs pas de douleurs en ceinture; autrefois il a existé de la

douleur dans le dos, mais cette douleur dorsale, qui n'a pas laissé de traces actuelles, était certainement la conséquence d'arthrites ou d'arthralgies vertébrales.

Pas de troubles de la vessie et du rectum.

Pas de troubles de la sensibilité anesthésique ou hyperesthésique autres que ceux qui relèvent directement des lésions articulaires ou de celles des bourses séreuses.

Il y a environ 14 mois que l'affection spinale se trouve constituée et que la station debout et la marche, même à l'aide de béquilles, sont impraticables.

OBSERVATION IV

Névrite périphérique (LUSTGARTEN).

D... Victor, garçon de café, âgé de 20 ans, est amené à l'hôpital Hérold, lit 17 du service de M. le Dr GILLES DE LA TOURETTE, le 16 novembre 1897, dans un état très grave, en proie à des douleurs atroces dans les membres inférieurs et se trouvant dans l'impossibilité de marcher.

ANTECÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Mère morte d'épithélioma du sein, père éthylique, deux sœurs hystériques.

ANTECÉDENTS PERSONNELS. — N'a jamais fait de maladie avant le mois de mars 1897, quand il contracta pour la première fois une blennorrhagie peu intense que le malade ne soigna pas à cause de l'abondance peu marquée de l'écoulement.

En avril 1897, il commence à souffrir de son *pied gauche*; la douleur était assez vive, car le malade poussait des cris dès qu'il essayait de mettre le pied par terre; au bout d'une quinzaine de jours, les douleurs, quine font qu'augmenter d'intensité, gagnent la totalité des membres inférieurs et au commencement du mois de mai le membre inférieur du côté droit se prend à son tour. C'est à ce moment que le malade s'aperçoit que ses jambes avaient beaucoup maigri.

Il se décide à entrer à l'hôpital Saint-Louis vers la fin du mois de mai. Quelques jours après son entrée à l'hôpital se déclare une hydarthrose double des genoux. Pendant son séjour à Saint-Louis, il souffre de douleurs violentes dans les membres inférieurs, douleurs qu'il compare à des broiements; ces douleurs étaient continues et

devenaient atroces dès qu'il essayait de marcher. « On aurait dit qu'on me coulait du plomb fondu sur mes jambes. »

On lui conseille le repos et on lui fait appliquer un vésicatoire à la région fessière.

Voyant que son état ne s'améliorait pas, il quitte l'hôpital le 16 septembre 1897 ; il reste chez lui à se reposer jusqu'au mois de novembre. Un médecin, qu'il avait consulté, lui donne des capsules de santal et lui fait frictionner les jambes avec l'essence de Wintergreen. Pendant le temps qu'il reste chez lui, l'écoulement diminue, mais les douleurs persistent avec la même intensité, les jambes continuent à maigrir et la marche devient très difficile ; il se décide à entrer à l'hôpital Hérold, le 16 novembre 1897.

ETAT ACTUEL (16 novembre 1897). — Malade pâle et amaigri, se plaint de ressentir des douleurs violentes dans ses membres inférieurs, douleurs qui le privent complètement de sommeil. La marche est presque impossible, c'est à peine s'il arrive à faire quelques pas en s'appuyant sur une canne, le malade stoppe en marchant. En examinant le malade couché, on est frappé par l'atrophie des membres inférieurs. Du côté des jambes, l'atrophie occupe surtout les muscles de la région antéro-externe, le pied est en varus équin. Les muscles atrophiés sont flasques et douloureux à la pression, la pression des troncs nerveux réveille également de vives souffrances.

Les pieds sont froids, violacés et œdématisés.

Les régions *calcanéenne* et *rétro-calcanéenne* et l'extrémité antérieure des métatarsiens sont très douloureuses à la pression ; la voûte plantaire est légèrement affaissée.

Les *réflexes rotuliens* sont forts des deux côtés ; il n'y a pas de trépidation épileptoïde, pas de douleur à la percussion des apophyses épineuses des vertèbres dorso-lombaires ; comme trouble de sensibilité, on trouve une hyperesthésie très marquée au moindre contact ; les sensibilités tactile et thermique sont normales.

Il n'y a pas de troubles sphinctériens, l'état cérébral est bon.

Rien du côté des autres organes. — Les deux genoux sont le siège de craquements articulaires.

EXAMEN ÉLECTRIQUE. — Diminution de la contractilité faradique et galvanique des muscles et des nerfs, inversion de la formule ; il y a réaction de dégénérescence.

TRAITEMENT. — Repos absolu, deux séances d'électricité galvanique de trois quarts d'heure par jour ; on isole les membres par un

cerceau. Comme il persiste encore une légère goutte matinale dans laquelle l'examen bactériologique fait constater du gonocoque, on fait des lavages urétraux avec une solution de permanganate de potasse à 1/2000.

Pendant les trois premières semaines, aucune amélioration notable ; mais au bout de ce temps, les douleurs commencent à diminuer et les muscles recouvrent leur force. Le malade continue son traitement jusqu'au 15 mars 1898. A ce moment, les douleurs ont complètement disparu, la marche se fait sans aucune difficulté ; le malade quitte l'hôpital le 20 mars, il est complètement guéri, son état général est très satisfaisant ; il a augmenté de cinq kilogrammes.

OBSERVATION V

Névrite périphérique (LUSTGARTEN).

Le nommé M..., garçon d'hôtel, âgé de 29 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Axenfeld, dans le service de M. le Dr SIREDEY, le 14 décembre 1897 pour des douleurs qu'il ressent dans les *pièds* et dans la continuité des membres inférieurs, douleurs qui rendent la station debout impossible.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort d'accident à l'âge de 58 ans, mère bien portante, mais très nerveuse ; s'emporte et pleure facilement.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Le malade a toujours été bien portant, il n'est pas buveur, on ne trouve chez lui aucun stigmate d'éthylisme.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, il contracte pour la première fois un écoulement, qui le fait beaucoup souffrir et pour lequel il se soigne avec de l'opiat. Deux semaines après le début de la blennorrhagie, il commence à ressentir des douleurs à la *plante des pièds* et au niveau de l'articulation tibio-tarsienne du côté droit. Les douleurs, sourdes d'abord, deviennent de plus en plus vives, elles sont continues et présentent des exacerbations lorsque le malade essaye de marcher pendant quelque temps. C'est dans cet état qu'il entre à l'hôpital.

M. le Docteur SIREDEY, après l'avoir examiné, lui conseille le repos et des bains sulfureux.

Malgré cela, l'état ne s'améliore pas, les douleurs persistent et les jambes ont beaucoup maigri depuis son séjour à l'hôpital.

Cet état continue jusqu'au 25 décembre 1897, quand notre maître M. le docteur GILLES DE LA TOURETTE reprend le service et quand nous l'examinons.

ETAT ACTUEL (13 janvier 1898). — Le malade, pâle et amaigri, se plaint de souffrir dans la continuité des membres inférieurs. Ces douleurs, que le malade compare à des brûlures, sont continues, mais elles deviennent intolérables dès qu'il cherche à se lever, ce qui fait que la marche est presque impossible. En examinant ses membres inférieurs, la première chose qui frappe c'est l'atrophie musculaire; cette atrophie occupe tous les muscles de la jambe, la cuisse paraît indemne.

La pression de la *région calcanéenne* et *rétro-calcanéenne*, ainsi que celle de l'extrémité antérieure des métatarsiens, réveille de vives souffrances.

Les réflexes sont forts des deux côtés.

Les masses musculaires et les nerfs sont très douloureux à la pression.

L'articulation tibio-tarsienne droite est gonflée et très douloureuse.

Les membres supérieurs sont intacts; il n'y a pas de troubles sphinctériens, ni des organes des sens; pas de troubles psychiques.

L'écoulement a presque disparu et il ne persiste plus qu'une légère goutte matinale, dans laquelle on retrouve des gonocoques en abondance.

L'examen électrique montre une diminution de la contractibilité faradique des muscles et des nerfs du côté des membres inférieurs.

Sous l'influence du traitement, les douleurs ont diminué progressivement, les muscles ont repris leur force et, le 4 mars 1898, le malade demande à quitter l'hôpital.

En l'examinant avant sa sortie de l'hôpital, nous constatons une absence complète de phénomènes douloureux, les muscles sont fermes, la marche se fait sans aucune difficulté.

OBSERVATION VI

Névrite périphérique (LUSTGARTEN)

Le nommé H..., garçon de café, âgé de 25 ans, entre à l'hôpital Hérold, lit 14, le 17 janvier 1898, pour des douleurs dans les membres inférieurs et pour la difficulté de la marche.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père rhumatisant; mère bien portante.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A part une varicelle en 1889, le malade a toujours eu une bonne santé : il n'est pas éthylique.

En septembre 1895, il contracte une blennorragie qui se complique, au bout d'un mois, de polyarthrite blennorragique pour laquelle le malade est forcé de rester huit mois à l'hôpital Ricord. Il sort presque guéri, en ne conservant que quelques douleurs vagues dans les articulations.

En mai 1897, il attrape une seconde blennorragie pour laquelle il entre à l'Hôtel-Dieu annexe, le 13 mai 1897; quelques jours après son entrée à l'hôpital, il est pris à nouveau de rhumatisme blennorragique, les articulations tibio-tarsiennes, sterno-claviculaires et l'articulation du genou droit étaient prises à ce moment.

Il reste cinq mois à l'hôpital et sort vers la fin d'octobre, guéri de son rhumatisme blennorragique.

Depuis deux mois, il souffre de douleurs fulgurantes dans ses membres inférieurs, qui ont commencé à maigrir depuis la même époque. C'est à cause de ces deux phénomènes qu'il est encore à l'hôpital.

ÉTAT ACTUEL. — Malade pâle, amaigri; se trouve dans l'impossibilité de marcher, la plante des pieds étant très douloureuse dès qu'il essaie de faire le moindre mouvement.

Les membres inférieurs sont très atrophiés, l'atrophie porte sur tous les muscles de la cuisse et des jambes.

Les muscles ne sont pas douloureux à la pression. Les pieds sont froids, couverts de sueur; la pression des régions *sous et rétro-calcanéennes* est très douloureuse. — L'hyperesthésie cutanée est très marquée.

Les réflexes rotuliens sont abolis.

Pas de troubles sphinctériens ni psychiques.

Le malade est soumis au traitement que nous employons dans les cas de névrite, mais il quitte l'hôpital au bout de huit jours et nous ne savons pas ce qu'il est devenu.

OBSERVATION VII

Névrite périphérique (LUSTGARTEN).

Le nommé Joseph..., âgé de 48 ans, domestique, entre le 20 octobre à l'hôpital Laennec, salle Cruveilhier.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort du choléra, sans avoir jamais été malade.

Mère inconnue du malade.

Un frère alcoolique s'est suicidé.

Un autre frère bien portant.

Pas de rhumatisants dans la famille, ni de nerveux.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A l'âge de seize ans, le malade a eu une courbature qui l'a obligé à suspendre son travail pendant six semaines.

A 24 ans, il est soigné à Saint-Louis pour un eczéma de la face.

A 26 ans, soigné à Tenon par M. Duguet pour une pleurésie gauche.

Pas de syphilis, ni de crises nerveuses.

Le malade est très sobre. On ne retrouve pas chez lui de causes d'intoxication ; l'eau de boisson (saturnisme par les eaux de boisson) ne peut être incriminée chez lui comme cause des accidents qui l'amènent à l'hôpital.

En 1879, première blennorragie qui dure environ deux mois. Rien de spécial à noter.

Le 10 octobre 1894. Le malade commence à se soigner pour une seconde blennorragie qu'il avait depuis 3 jours : douze capsules de Santal, pas d'injection.

Le 16 octobre. Le malade ressent une douleur assez forte sous les talons, mais il continue son travail.

Le 17 octobre. Il sert un grand dîner et éprouve une grande difficulté à marcher.

Le 18 octobre. Il est obligé de s'aliter : il n'existe pas de fièvre, ni de phénomènes généraux. Il n'y a que la douleur dans les deux *pièds*.

C'est pour ces phénomènes douloureux qu'il entre à l'hôpital le 20. La température est de 39° ; il est dans un état cachectique très manifeste ; couvert d'une éruption purpurique marquée, surtout au niveau des jambes.

Dix jours après, douleurs dans les deux genoux, principalement au niveau de la bourse séreuse pré-rotulienne et des bourses sur lesquelles glissent les tendons de la patte d'oie ; un mois après, il souffre de son poignet droit et des deux hanches.

Au mois de janvier, les épaules se prennent : la douleur empêche le malade de mettre son bras derrière sa tête.

Il présente également un peu d'arthralgie vertébrale cervicale. Jamais il n'a eu de phénomène anormal du côté de ses sphincters.

Dix jours après son entrée à l'hôpital, le malade a constaté que les masses musculaires de ses membres diminuaient de volume.

En un mois et demi, l'émaciation était presque totale. On lui a donné du salicylate de soude à l'intérieur, ses jointures recouvertes d'ouate étaient enduites d'un liniment salicylé.

ÉTAT ACTUEL (15 février 1895). — On note un amaigrissement extrême. Tous les mouvements de la tête sur la colonne vertébrale (rotation, flexion, extension) sont douloureux. Les membres sont atrophiés en masse, autant à leur racine qu'à leur extrémité. On observe des secousses fibrillaires dans les muscles de la cuisse.

La circonférence du milieu du bras est de 22 centimètres.

Celle de l'avant-bras = 20 centim. 5.

A 2 centimètres au-dessus du poignet = 15 centim. 5.

Les mensurations sont identiques des deux côtés. Les interosseux et les muscles de l'éminence thénar sont très amaigris. La force musculaire mesurée au dynamomètre donne 30 à droite, 50 à gauche.

Les pectoraux sont de volume et de consistance moindres.

Le malade n'a pas d'écorchure à la fesse; mais depuis son entrée à l'hôpital, il est assis sur un rond en caoutchouc.

Aux membres inférieurs, l'atrophie est générale et beaucoup plus nette.

Le périmètre de la cuisse à 15 centimètres au-dessus de la base de la rotule est de 28 centimètres.

A 10 centimètres au-dessus de la pointe, on trouve 24 centimètres.

Au-dessus du cou-de-pied, 17 cent. 5.

La force musculaire est très diminuée.

Les genoux sont douloureux à la pression au niveau des culs-de-sac synoviaux.

La douleur est également très vive au cou-de-pied, mais les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont encore possibles.

On constate que la *voûte plantaire est affaîsée*, surtout à droite.

La *palpation des talons* des deux côtés, ainsi que celle de la partie de la plante du pied qui correspond à la tête des deux premiers métatarsiens, *arrache des cris à notre malade*.

Pas de troubles de la sensibilité.

La douleur des genoux empêche de rechercher l'état des réflexes rotuliens.

Le réflexe plantaire est intact.

La station debout est impossible.

L'examen du cœur et des poumons ne dénote rien de spécial.

Rien du côté du tube digestif, les urines en quantité normale ne renferment ni sucre, ni albumine.

En avril et en mai, le malade commence à marcher en s'appuyant sur des cannes. On remarque qu'il ne *pose jamais le talon sur le sol*, pour éviter la douleur, nous dit-il.

La marche pieds nus est encore plus pénible, et l'on constate que non seulement le malade tient son talon élevé, mais encore le bord interne du pied.

Au membre supérieur, les mouvements sont revenus; cependant on remarque du côté droit une rétraction de l'aponévrose palmaire.

EXAMEN ÉLECTRIQUE. — Cet examen, dû à l'obligeance de M^{lle} FENKIND, docteur en médecine, à qui nous adressons tous nos remerciements, donne :

Courants faradiques. — Diminution de la contractilité faradique des muscles et des nerfs des membres inférieurs, plus prononcée à gauche qu'à droite, et intéressant surtout les muscles de la région antéro-externe, les péroniers des deux côtés et le pédieux à gauche en particulier : il faut employer des courants très intenses pour obtenir une légère contraction des muscles.

Courants galvaniques. — Diminution de la contractilité galvanique des nerfs et muscles des membres inférieurs. Le membre gauche est plus atteint que le membre droit. De plus, dans la région antéro-externe les muscles se contractent moins que ceux de la région postérieure, on trouve des contractions lentes, vermiculaires avec inversion de la formule : il y a donc réaction de dégénérescence.

Peu de choses du côté des membres supérieurs.

C'est le seul exemple de polynévrite généralisée que nous ayons pu trouver. Encore ferons-nous remarquer la prédominance des accidents aux membres inférieurs.

OBSERVATION VIII

Névrite périphérique (LUSTGARTEN).

Le nommé Emile..., âgé de 26 ans, employé de chemin de fer, est entré à l'hôpital Laënnec, salle Grisolle, lit n° 8, dans le service de M. le Professeur LANDOUZY.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père nerveux, irritable. Mère bien portante.

Un frère mort d'une affection chirurgicale du foie.

Une sœur bien portante.

Pas de rhumatisants dans la famille.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Rougeole.

Ethylisme léger, se manifestant par des pituites.

Le malade est toute la journée debout (14 à 15 heures).

Blennorrhagie en juin 1895, l'écoulement traité par un pharmacien disparaît en 15 jours.

Douleurs dans la nuit du 14 au 15 juillet 1895.

Les douleurs débutent dans la cuisse gauche, prennent le talon, puis la jambe : elles apparaissent spontanément ; la pression les réveille.

On lui fait des frictions térébenthinées ; les douleurs persistent, moins vives cependant, et à la fin du mois d'août le malade reprend son travail, en boitant un peu.

En décembre 1895, les douleurs reprennent plus vives, il est obligé de cesser son travail, on lui met des pointes de feu ; on lui fait des frictions laudanisées. Il est soulagé.

Le 18 décembre, le malade, qui s'était couché assez bien portant, constate le lendemain matin en se levant l'impossibilité de poser les talons par terre.

Il entre à Laennec et y reste jusqu'au 28 mars. Dans toute cette période, le malade éprouvait, dès qu'il se levait, la sensation d'étincelles partant du talon pour s'irradier dans la jambe.

En même temps apparaissaient des sueurs localisées au niveau des *talons*. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, les doigts se déforment et une douleur se fait sentir au niveau de l'épaule.

Le membre inférieur gauche était très amaigri, surtout au niveau de la cuisse.

Jamais rien du côté des sphincters.

ÉTAT ACTUEL. — L'examen donne :

Membres inférieurs. — Pas d'amaigrissement marqué.

Les deux pieds sont *plats* ; surtout le gauche.

La sensibilité superficielle est normale ; la palpation profonde des muscles et des nerfs est douloureuse.

Douleurs au niveau du *talon*, de la bourse séreuse externe de la plante du pied.

Les *réflexes* sont *exagérés*, surtout à gauche. De ce côté, on constate également de la trépidation épileptoïde.

La force musculaire est intacte. La marche est très difficile.

Du côté des membres supérieurs, on remarque que l'index et l'auriculaire droits sont raidis.

Le cœur et le poumon ne présentent rien d'anormal.

Membres supérieurs. — Du côté des organes des sens (yeux, goût, odorat), on ne remarque rien.

Les urines contiennent des filaments.

TRAITEMENT. — Electricité (courants continus), strychnine, bains sulfureux.

EXAMEN ÉLECTRIQUE. — Résumé de l'examen électrique pratiqué par M^{lle} FENKIND, le 3 juin 1897 :

1^o *Courants faradiques.* — Appareil à chariot DUBOIS-RAYMOND, modifié par GAIFFE ; méthode polaire.

Diminution de la contractilité faradique des muscles et des nerfs de la région antéro-externe de la cuisse et de la jambe, beaucoup plus accentuée à gauche qu'à droite, et affectant surtout le triceps crural, l'extenseur des orteils et les péroniers latéraux gauches.

2^o *Courants continus.* — Appareil de 24 éléments au bioxyde de manganèse et chlorure de zinc ; galvanomètre apériodique.

Diminution de la contractilité galvanique des nerfs et des muscles des membres inférieurs, diminution plus prononcée à gauche qu'à droite et plus aux jambes qu'aux cuisses. De plus, certains muscles se contractent irrégulièrement ; au lieu de la contraction courte et brève, on obtient une contraction lente, vermiculaire, se produisant à l'ouverture du courant et au pôle positif. Il y a donc certains muscles atteints de réaction de dégénérescence partielle ou même totale.

Un des points les plus curieux chez ce malade consiste en des améliorations et des aggravations successives.

OBSERVATION IX

Névrite périphérique (LUSTGARTEN).

Le nommé S..., Lucien, âgé de 35 ans, comptable, entre le 2 mars à l'hôpital Laënnec, salle Grisolle, service de M. le professeur LANDOUZY.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père âgé de 60 ans, eczémateux. Mère hystérique.

Un frère bien portant.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Arthrite du genou droit, probablement tuberculeuse, opérée à l'âge de 14 ans. Dans l'intervalle qui sépare cette opération des accidents actuels, le malade n'a rien eu d'anormal ; la marche était bonne, cependant la jambe et la cuisse droites se sont atrophiées ; ni éthyisme, ni syphilis.

Le malade est très émotif ; il n'a pas eu de crises de nerfs, mais la moindre contrariété provoque la sensation de boule.

Il contracte la blennorrhagie à l'âge de 22 ans, l'écoulement disparaît au bout de deux mois. Cependant, il persiste une goutte le matin.

Depuis ce temps, le malade a eu des blennorrhagies très fréquentes ; c'était presque un état permanent.

La dernière chaude-pisse date de janvier 1896.

Huit jours après, le malade ressent des douleurs dans toutes les articulations, principalement au niveau des bourses séreuses de l'olécrane et de l'épaule ; en ce point, nous dit le malade, la pression du doigt en certains endroits qu'il nous montre et qui correspondent aux bourses séreuses péri-articulaires, était très péniblement supportée.

Au bout de quatre mois, les douleurs du bras diminuent, mais les *deux talons* se prennent et empêchent la station debout, d'autant plus que le bord interne du pied était également douloureux.

Ajoutons qu'en dehors de ses heures de travail le malade restait debout très longtemps.

Le 11 février 1896, il entra à Lariboisière (frictions laudanisées, santal).

Pendant son séjour à l'hôpital, légère poussée du côté de l'articulation sterno-claviculaire du côté gauche.

Il sort en mars et part en province. Les douleurs sont plus marquées au niveau des pieds.

Il reste trois mois au lit, souffrant sur le trajet du nerf sciatique poplitée externe ; de temps en temps, nous dit-il, je ressentais des douleurs électriques dans les deux jambes.

La pression est très douloureuse, en des points correspondant aux *bourses séreuses du calcanéum et du scaphoïde*.

La jambe droite, déjà atrophiée, maigrit encore.

La masse du mollet gauche devient plus flasque.

Au bout de trois mois, le malade marche un peu dans sa chambre avec des cannes, mais les *talons sont toujours très douloureux*, prin-

cipalement le gauche, ce qui s'explique par ce fait que le malade, ayant la jambe droite plus faible, s'appuie surtout sur son côté gauche.

Jamais rien du côté des sphincters : à l'examen, le membre inférieur droit est très amaigri ; le gauche l'est moins ; les mensurations donnent de ce côté 26 centimètres au niveau du mollet, 30 centimètres à la partie moyenne de la cuisse, 40 centimètres à sa racine.

La palpation réveille la douleur au niveau des talons, de la face interne des deux pieds.

La sensibilité, sous tous ces modes, est exagérée au niveau des membres inférieurs.

On note des troubles trophiques, consistant en sueurs localisées à la partie antérieure des jambes et aux talons.

Les réflexes *rotuliens* sont *exagérés*. La force musculaire est conservée à gauche ; les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne (relever, abaisser le pied), sont douloureux à cause du talon. A droite, l'ankylose du genou est presque totale.

Rien du côté des membres supérieurs ; l'odorat, le goût fonctionnent normalement ; on ne note rien de spécial du côté des yeux, sauf à gauche, où il existe une ancienne kératite ayant déterminé des adhérences ; pas de rétrécissement du champ visuel.

La marche est très pénible, le malade marche en varus équin, surtout à gauche, où le talon reste toujours à 10 centimètres environ du sol.

Il est difficile, dans ce cas, d'affirmer qu'on a affaire à une polynévrite blennorragique : l'état antérieur du genou droit paraît cependant n'avoir pas eu d'action, sauf comme cause prédisposante pour le membre inférieur droit ; mais, du côté gauche, les phénomènes ont été à peu près analogues à ceux de notre malade de l'observation I ; néanmoins, nous sommes obligés ici à de grandes réserves.

EXAMEN ÉLECTRIQUE.—Examen *électrique* effectué par M^{lle} FENKING :

Courants faradiques.—Appareil de DUBOIS-RAYMOND, modifié par GAIFFE ; méthode polaire. Les muscles du membre inférieur se contractent un peu moins bien que normalement. Il y a très légère diminution de la contractilité faradique ; à droite la diminution est plus accentuée, quoique moins que ne le ferait l'atrophie marquée de tout le membre. Il n'en est pas de même des *courants galvaniques* ; là c'est le membre gauche qui se contracte moins bien : il y a diminution de la contractilité, sans réaction de dégénérescence.

En somme légère diminution de la contractilité électrique quantitative seulement.

OBSERVATION X

Sciatique blennorragique. Talalgie (*obs. personnelle*).

Le nommé L..., âgé de 23 ans, entre le 21 novembre salle St-Denis, lit n° 24, dans le service de M. le professeur CORNIL.

Il se plaint d'une vive douleur dans le talon gauche, douleur qui l'empêche de marcher. A part cela, il est bien portant et ne souffre de nulle part ailleurs.

On l'examine et l'on ne constate aucune déformation au niveau du talon, ni du pied. Mais, à la pression, on provoque une douleur vive au niveau de l'insertion du tendon d'Achille sur le calcanéum, et au niveau des tubérosités interne et externe de la face plantaire du calcanéum.

Mais si ce sont là les points dont le malade se plaint spontanément, il est facile de constater qu'ils ne sont pas les seuls. Un grand nombre des points de VALLEIX de la névralgie sciatique sont ici présents : plantaire interne, péronier, poplité, fessier. La douleur qu'on y provoque est d'ailleurs modérée.

La sensibilité est intacte.

Le membre inférieur droit est intact.

Il ne paraît tout d'abord y avoir aucun élément étiologique à cette sciatique, aucune cause occasionnelle. Le sujet ne présente aucun des attributs de l'arthritisme et ses antécédents, indemnes de toute tare morbide, ne révélaient aucune chose capable de l'avoir provoquée. Les parents sont vivants, bien portants. Ils ne présentent ni obésité, ni lithiase biliaire, ni lithiase rénale, ni diabète, etc.

Les différents organes du sujet sont absolument sains : le cœur, les poumons sont indemnes de toute affection.

Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines.

Mais, mis en défiance par cette talalgie suspecte, nous pensons à la sciatique blennorragique et nous trouvons en ramonant l'urètre une goutte de pus bien épais où l'examen microscopique révèle de nombreux gonocoques.

Le malade nous avoue alors qu'il a contracté une blennorragie quatre semaines auparavant, mais qu'il n'osait pas le dire et qu'en

tout cas il ne pouvait supposer qu'il pût y avoir relation entre son écoulement et la douleur au talon. C'est à la fin de la troisième semaine de sa blennorrhagie, la première qu'il ait eue, qu'est apparue la talalgie.

OBSERVATION XI

Rhumatisme blennorrhagique. Talalgie (*obs. personnelle*).

La nommée X... , âgée de 23 ans, entre le 4 février 1898 dans le service de M. le professeur Cornil, salle Ste-Marthe, lit n° 3.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Maladies antérieures : bronchite à 9 ans, fièvre typhoïde à 20 ans.

Le 4 janvier 1896, tentative de viol, incomplet puisque l'hymen persiste, mais suffisant pour déterminer une métrite blennorrhagique.

Le 5 janvier, douleurs en urinant ; pertes blanches abondantes, tachant le linge.

Le 6 janvier, la malade est réglée ; ses pertes ont duré jusqu'au 4 février 98.

Vers le 20 janvier, douleurs vagues, faibles dans le genou droit, gênant à peine la marche.

Vers le commencement de février, les douleurs, qui jusque-là avaient été fugaces et faibles, s'exagèrent brusquement, rendant d'abord la marche très difficile, puis rapidement impossible.

Le 3 février, dans la nuit, ces douleurs prennent soudain une vive acuité et la malade, qui jusque-là avait pu continuer son travail, s'est trouvée dans l'impossibilité de se déplacer et a dû être amenée en voiture à l'hôpital.

Elle y entre le 4 février ; à ce moment elle est réglée de nouveau ; il faut noter que les règles vont disparaître pendant 2 mois pour reparaître seulement vers le milieu d'avril.

A noter aussi que l'écoulement a cessé aussitôt, au moment où est survenue l'impotence fonctionnelle.

A signaler encore, comme étant peut-être une cause de prédisposition, une chute sur le genou, d'une hauteur très grande, faite il y a deux ans, ayant amené de l'enflure du genou, qui a duré 8 jours et a disparu à la suite de simples frictions.

Il y a environ 1 mois, au moment où la jambe venait d'être sortie de la gouttière et où l'on avait commencé le massage, est survenu brusquement un gonflement du cou-de-pied et du pied, il y avait de la rougeur, un peu de fluctuation ; les mouvements étaient impossi-

bles, et l'on pensa d'abord à une atteinte possible de l'articulation tibio-tarsienne par l'infection gonococcique. Mais, après quelques jours de repos absolu dans une gouttière, les phénomènes disparurent et les mouvements redevinrent ce qu'ils étaient auparavant.

Cependant actuellement, on note du côté du pied droit les faits suivants :

Le cou-de-pied et le pied sont enflés, rouges, il y a peut-être une circulation veineuse un peu plus développée que du côté opposé.

Sur la face dorsale, il y a un empâtement manifeste s'étendant jusqu'à l'extrémité proximale des orteils, qui sont intacts.

Du côté interne, la saillie de la malléole tibiale est à peine visible, la gouttière calcanéenne semble presque complètement effacée.

Du côté interne, il en est de même.

Du côté de la face plantaire, on note un affaissement très marqué de la voûte tarsienne.

En arrière, le tendon d'Achille est très manifestement augmenté de volume.

Il y a disparition des deux méplats qui existent normalement de part et d'autre du tendon du triceps sural.

Le tendon d'Achille est notablement plus dur que celui du côté opposé ; il ne semble pas rétracté.

Le calcanéum est très manifestement élargi, surtout à sa partie postérieure, ce qui se remarque à la seule inspection.

Il n'y a pas de points douloureux.

Les mouvements sont conservés avec la même amplitude et la même facilité d'extension que du côté opposé.

ETAT ACTUEL, (26 avril 1898). — Le genou droit est augmenté de volume ; cette augmentation de volume s'étend depuis 3 ou 4 travers de doigts au-dessus de l'interligne jusqu'au niveau de la tubérosité antérieure du tibia, où elle se termine assez brusquement par une ligne concave en haut, tandis qu'elle se continue peu à peu avec les parties voisines du côté de la cuisse.

Tous les méplats péri-articulaires ont disparu ; et le genou a pris une forme globuleuse.

Il faut noter de la rougeur, une circulation veineuse superficielle plus développée, une augmentation notable du système pileux.

L'articulation est plus chaude que celle du côté opposé et plus chaude que les parties voisines.

On sent une augmentation de volume très marquée de l'extrémité

inférieure du fémur et de l'extrémité supérieure du tibia; on constate aussi un élargissement de la rotule.

Les tissus péri-articulaires semblent épaissis, mais sont cependant assez souples.

Les masses musculaires de la jambe ont gardé leur souplesse, le quadriceps crural aussi; mais les tendons de la patte d'oie et du biceps, et le tendon rotulien en avant sont durs et rétractés.

Il ne semble pas y avoir d'atrophie musculaire.

La demi-flexion est seule possible (la cuisse et la jambe forment un angle de 90° à peu près).

L'extension complète n'est pas possible; la malade ne peut pas appuyer complètement la face postérieure de son genou sur le plan du lit, mais il s'en faut de peu.

OBSERVATION XII

Talalgie blennorragique et phénomènes médullaires (*Observation inédite, due à l'obligeance de M. MILIAN, interne des hôpitaux de Paris*).

D..., typographe, âgé de 29 ans, entré le 28 novembre 1898, salle Saint-Denis, lit n° 15.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père et mère actuellement vivants et bien portants.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Fièvre typhoïde en 1893.

En 1891, il aurait eu un *chancre* bien guéri en une dizaine de jours, sans secours médical. Ce chancre ne fut suivi d'aucun accident qui pût le faire supposer de nature syphilitique. Il laisse sur la face externe du prépuce une cicatrice blanche ovalaire très marquée.

En août 1897, il eut une *blennorragie* très intense. Quinze jours après le début de celle-ci, et, suivant le malade, à cause d'injections urétrales mal pratiquées, survinrent de vives douleurs au niveau des chevilles et de la plante des pieds, assez intenses pour empêcher le malade de continuer son métier de typographe.

Au mois de septembre 1898, ces douleurs, jusqu'alors localisées, se généralisèrent et, malgré tous les traitements, persistèrent avec une telle intensité que le malade entra à l'hôpital le 28 novembre.

ÉTAT ACTUEL. — L'écoulement du malade n'est pas tari. Il suinte encore une goutte de temps à autre dans la journée. Mais ce qui

l'inquiète surtout, ce sont les *douleurs* qui l'accablent et le rendent presque infirme.

A l'état de repos, il a quelquefois des douleurs aiguës, presque fulgurantes dans les pieds.

C'est à propos des mouvements, ou par pression, que les phénomènes douloureux apparaissent.

La plus intolérable de ces douleurs est celle qu'il éprouve à chaque *talon*. Dès que le malade est debout, cela devient intolérable et il redoute de poser le pied à terre. Aussi, la marche est-elle très pénible : appuyé sur une canne, le malade s'avance avec difficulté, courbé en deux, portant presque uniquement le poids de son corps sur la jambe droite qui souffre moins que l'autre. Au bout de quelques minutes, il est obligé de s'asseoir, d'autant plus que ses pieds enflent jusqu'au-dessus des chevilles et que les mollets et les cuisses sont pris de soubresauts violents et involontaires.

Cette « talalgie » est chez lui le symptôme douloureux prédominant. On peut localiser exactement par la pression les points sensibles du calcanéum ; ce sont à la face plantaire les deux points postérieurs qui correspondent aux tubérosités interne et externe de l'os ; en arrière, le point d'insertion du tendon d'Achille. Les faces latérales ne sont pas douloureuses.

Outre cette talalgie, il existe encore d'autres régions douloureuses ; le petit orteil droit, les 2^e et 3^e orteils gauches, les bords externes de chaque pied, les articulations tibio-tarsiennes, le genou droit au niveau de la pointe et des bords latéraux de la rotule (les autres régions de cette articulation, faces latérales et postérieures sont intactes), le coude gauche, l'épaule droite, l'articulation sterno-claviculaire droite, l'articulation temporo-maxillaire gauche, les régions ischiatiques. Enfin terminons par la région coccygienne qui est tellement douloureuse qu'il est presque impossible d'y toucher.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, chez ce malade perclus de douleurs, les *articulations* sont peu malades : on n'observe de déformations qu'au niveau des orteils, des articulations tibio-tarsiennes, du genou droit, de la sterno-claviculaire droite. Toutes les autres articulations sont absolument indemnes.

Les orteils sont un peu déjetés, surtout le gros, vers le bord interne du pied ; les tibio-tarsiennes sont légèrement empâtées ; le genou droit est un peu gonflé, les culs-de-sac supérieur et surtout inférieur sont un peu volumineux, mais il n'y a pas d'hydarthrose

bien manifeste ; il s'agit plutôt d'épaississement de la synoviale ; les mouvements de flexion et d'extension sont normaux. On ne peut y provoquer de craquements articulaires. L'articulation sterno-claviculaire droite présente un léger degré d'hyarthrose.

Si les articulations sont relativement indemnes, il n'en est pas de même du pied qui réalise le type de ce qu'on a appelé le pied blennorragique. Il en a en effet les deux caractères principaux : l'aplatissement de la voûte plantaire, et l'hypertrophie de la région calcanéenne.

L'aplatissement du squelette du pied est ici bilatéral, plus marqué à droite qu'à gauche. Il ne s'agit certainement pas là d'une déformation congénitale, car le malade a fait son service militaire aux zouaves dans des conditions de marches particulièrement pénibles et il n'en a jamais souffert. D'ailleurs, le malade précise très bien l'apparition de cette déformation : il la fait remonter aux premières semaines qui ont suivi le début de sa première blennorragie et il en attribue la production brusque à un effort qu'il fit en portant un sac très lourd sur ses épaules.

L'hypertrophie de la région calcanéenne ne paraît pas relever d'une hyperostose dans le cas particulier. Il existe plutôt un empâtement péri-calcanéen siégeant plus spécialement à la face interne de l'os au niveau de la grande gouttière calcanéenne, effaçant ainsi les dépressions situées de chaque côté du tendon d'Achille et donnant l'élargissement du talon caractéristique à la vue postérieure.

Enfin, restent les phénomènes nerveux ; il peuvent se caractériser en quelques mots : paraplégie spasmodique avec atrophie musculaire et intégrité des sphincters.

La peau ne présente pas de troubles trophiques. Les réflexes plantaires sont très diminués. Le réflexe crémastérien gauche est diminué, le droit aboli.

La sensibilité des membres inférieurs est intacte sous ses trois modalités : tactile, douloureuse, thermique.

Les muscles des mollets et des cuisses présentent un degré notable d'atrophie. Ils sont agités au moindre choc ou même spontanément de tremblements fibrillaires. Les réflexes rotuliens sont exagérés, surtout à droite.

Il y a de la trépidation épileptoïde surtout à droite, le côté où existe non pas le maximum de douleurs, mais le maximum de défor-

mations (genou droit seul malade, pied plat et hypertrophie calcanéenne plus marquée à droite qu'à gauche).

La piqûre de la plante des pieds, faite suivant les préceptes de BABINSKY, provoque à droite la flexion des orteils, à gauche l'extension légère d'abord, puis au bout d'un certain temps une flexion très marquée.

Pas de troubles des sphincters.

Il est important de noter que notre malade ne présente aucun symptôme de sciatique. Il n'a aucun des points douloureux de cette névralgie. Enfin il ne présente pas le signe de LASSÈGUE. Tout au plus provoque-t-on une légère douleur au creux poplitée et à la fesse gauche dans la flexion extrême sur le bassin du membre inférieur gauche étendu.

L'état général du malade est bon. La température est de 37°.

Les poumons sont normaux.

Le cœur ne paraît pas présenter de lésion organique. On y trouve un léger souffle mésosystolique au niveau de la région préventriculaire gauche; souffle d'ailleurs très variable d'intensité et par suite probablement extra-cardiaque.

Il existe des souffles anémiques dans les jugulaires.

Le pouls est régulier, un peu rapide (90 à 100 pulsations à la minute).

La tension artérielle oscille entre 17 et 19, mesurée au sphygmomanomètre du professeur POTAIN.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Elles donnent par l'acide azotique un anneau brun acajou.

OBSERVATION XIII

Névrite prolongée du sciatique et du crural droit, d'étiologie complexe (Hérédité nerveuse, alcoolisme, excès vénériens, marches forcées, fièvre typhoïde, etc.). Gelure des orteils droits. Troubles trophiques et vasomoteurs. Hyperostose calcanéenne; arrêt de développement du membre (JACQUET et NAPIÉRALSKI) (1).

Le nommé Ch. ..., âgé de 30 ans, marchand des quatre saisons, entre le 16 avril 1898 à l'hôpital Laënnec, salle Trousseau, lit n° 15.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père inconnu.

Mère obèse, mais bien portante.

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 26 mai 1898.

Pas de frères ni de sœurs.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Enfant abandonné.

Jamais malade dans son enfance, mais déjà très nerveux, très colère, de temps en temps crises nerveuses.

A huit ans, abcès à la fesse droite. Ces abcès ont laissé à leur place cinq taches blanches cicatricielles des dimensions d'une pièce de cinquante centimes, qui persistent encore.

A dix ans, il commence le métier d'homme de peine jusqu'à son départ pour le régiment ; *obligé tous les jours de faire de longues courses à pied dans Paris et toujours chargé de lourds fardeaux* (45 à 50 kilogrammes en moyenne), ce qui le fatigue beaucoup ; souvent, le soir, tombant de lassitude, il est obligé de prendre l'omnibus pour rentrer chez lui.

Vers l'âge de douze à treize ans, il commence à s'alcooliser : deux litres de vin par jour, trois verres d'eau-de-vie, une à deux absinthes.

A quinze ans, début des rapports sexuels, deux ou trois coïts à chaque fois, *il n'aurait jamais eu le moindre écoulement, la moindre écorchure.*

A seize ans, il entre à l'hôpital de la Pitié pour une fistule anale.

Quelques jours plus tard, éclosion d'une fièvre typhoïde très forte avec délire violent, fièvre intense avec rechute vers la quatrième semaine.

Il est resté trois mois couché à l'hôpital de la Pitié ; après un mois de convalescence à Vincennes, il va se reposer quinze jours chez lui, puis reprend son métier d'homme de peine.

Il y avait quinze jours qu'il s'était remis au travail, quand, un soir, survint, pour la première fois et brusquement, une douleur dans le membre inférieur droit, qui semble avoir présenté les caractères de la névralgie sciatique paroxystique avec élancements douloureux très vifs, secousses musculaires, crampes dans les mollets.

Cette douleur serait revenue le lendemain, et presque à la même heure le surlendemain.

Certains soirs les accès étaient plus violents ; les douleurs ne le surprenaient jamais dans la journée, ne l'empêchaient pas de travailler ; il continuait à boire comme par le passé, et à faire de longues marches dans Paris.

A dix-huit ans, il entra à Saint-Antoine pour une scarlatine ; quinze jours après sa sortie, réapparition des douleurs au membre inférieur

droit. Les jours où il se fatiguait davantage, le pied droit gonflait le soir, si bien que rentré chez lui il était obligé de desserrer sa chaussure. Par le repos de la nuit, le gonflement du pied droit disparaissait, et le lendemain, il pouvait aller à son travail.

A vingt et un ans, il part pour le régiment. Il arrive à la caserne avec un jour de retard : on le met en prison.

Trois jours après son incarcération, il se réveille un matin avec les orteils du pied droit absolument gelés, rouges et raides. Les faces plantaire et dorsale du pied droit étaient tuméfiées et d'un rouge violacé. Le seul fait de poser le pied à terre réveille chez lui une douleur tellement vive qu'il est obligé de rester couché une grande partie de la journée.

Le gonflement du pied disparaît en quelques jours, mais la région reste déformée, douloureuse, surtout à la pression, ce qui le met dans l'impossibilité de faire un pas. On le réforme.

Il rentre à Paris, et reprend ses marches prolongées, mais il les fait maintenant avec beaucoup plus de peine, la déformation du pied droit le gênant beaucoup ; il met près de deux heures aux courses qu'autrefois il faisait en une heure. Presque tous les soirs, le pied gonfle.

Au bout d'un an, son patron est obligé de le congédier.

Il abandonne son métier d'homme de peine, pour prendre celui de marchand des quatre saisons, ce qui ne va pas l'empêcher de boire comme par le passé.

Depuis sa sortie du régiment, il n'aurait pas recommencé d'excès vénériens.

De temps en temps, les douleurs dans le membre inférieur droit le surprennent dans la journée, au milieu du travail ; il y a des jours où elles sont plus violentes ; il est alors obligé de s'arrêter.

La parésie est marquée surtout depuis quatre ans, la jambe droite traînait déjà à cette époque et lui semblait lourde. Il avait de la peine à la fléchir sur la cuisse.

En janvier 1896, une crise plus violente l'oblige à entrer à l'hôpital Necker.

Il en sort au bout de deux mois. Les douleurs ont disparu, mais la déformation du pied persiste ; il y a, de plus, atrophie légère des muscles du mollet.

En décembre 1897, nouvelle crise douloureuse ; depuis lors il en a presque incessamment.

C'est à l'occasion d'une de ces crises qu'il entre à l'hôpital Laënnec (15 août 1898).

ETAT ACTUEL (15 août 1898). — Il se plaint depuis quelques jours de douleurs très vives, paroxystiques, fulgurantes, suivant surtout le trajet du sciatique ; il souffre aussi de douleurs vagues dans les genoux et dans les masses musculaires du membre inférieur droit.

Il ne peut pas poser le pied à terre, la pression de la plante du pied droit sur le sol réveille chez lui une douleur très vive.

EXAMEN DE LA RÉGION MALADE. — Au membre inférieur *droit*, on constate :

Système nerveux. — *Troubles de la sensibilité.* — Douleurs violentes dans le membre inférieur et sur le trajet des nerfs crural et sciatique.

Ces douleurs sont spontanées, venant par accès, et présentant les caractères de douleurs fulgurantes.

La pression les éveille sur le sciatique, à son émergence et dans le creux poplité.

Sur le crural, dans le triangle de Scarpa, la sensibilité à la douleur est un peu diminuée, la sensibilité à la chaleur et au tact est conservée.

2° *Troubles réflexes.* — Les réflexes rotulien et plantaire sont exagérés, surtout le réflexe plantaire.

3° *Troubles trophiques cutanés.* — Sur la face plantaire du pied droit deux plaques cornées, l'une sous la tête du premier métatarsien, un peu plus grande qu'une pièce de deux francs.

L'autre située sur la tête du cinquième métatarsien.

A peu près au centre de chaque plaque, une escarre brunâtre très adhérente, très dure, à bord irréguliers. Ces plaques sont douloureuses à la pression profonde, mais leur surface est insensible.

Le système pileux est un peu moins développé sur la jambe droite que sur la jambe gauche.

Adipose sous-cutanée beaucoup plus marquée à la jambe droite qu'à la gauche.

4° *Troubles vasomoteurs.* — Le pied droit est *beaucoup* plus froid que le gauche : les orteils du pied droit lui semblent toujours gelés ; il y a même des jours où il ne les sent plus.

Les veines superficielles du membre inférieur droit paraissent moins dilatées que celles du membre inférieur gauche, principalement à la jambe.

A la région malléolaire interne et sur la partie antéro-externe de la face dorsale du pied, veinosités bleuâtres, que l'on ne voit pas sur le pied gauche.

La sécrétion sudorale est beaucoup moins nette au pied droit.

Le malade nous a dit qu'avant sa fièvre typhoïde il suait beaucoup des deux pieds. Il était obligé de changer de chaussettes deux fois par jour, et elles étaient tellement imprégnées de sueur que pour les faire sécher il était obligé de les tordre.

Depuis sa fièvre typhoïde et sa gelure, les sueurs ont diminué, mais elles sont restées plus nettes au pied gauche qu'au pied droit.

Système osseux. — Les os du pied et de la jambe droite sont douloureux à la pression, principalement le calcanéum à sa partie postérieure et inférieure, le péroné et le tibia à leur partie moyenne.

Le calcanéum droit est plus volumineux que le gauche : il présente, à sa partie postérieure et supérieure, une exostose assez considérable, exostose qui n'existe pas au pied gauche.

Les os du tarse antérieur forment, à la face dorsale du pied droit, une saillie plus marquée que sur la face dorsale du pied gauche.

Quand le malade est couché, le pied est en varus, avec un certain degré d'équinisme qui d'ailleurs disparaît avec la marche.

Car le malade ne marche pas sur la pointe, il talonnerait plutôt.

Dans la station verticale, la face plantaire ne repose sur le sol que par la partie postérieure et externe du talon et par sa partie antérieure et interne.

Sa chaussure droite est usée en deux places : partie postérieure et externe du talon, et partie antérieure et interne de la pointe.

La face plantaire du pied droit est moins large et aussi moins allongée que celle du pied gauche.

On peut remarquer aussi que le pied droit, dans son ensemble, est plus petit que le pied gauche.

Le membre inférieur droit est plus court que le gauche, de un centimètre : longueur du membre inférieur droit mesuré de l'épine iliaque antérieure et supérieure au sommet de la malléole extérieure : 92 centimètres à droite et 93 centimètres à gauche.

Articulations. — Les articulations du pied droit (phalangienne, métatarso-phalangienne, tarsienne) ne sont pas tuméfiées, mais douloureuses à la pression. Articulation tibio-tarsienne droite également douloureuse (partie latérale et face antérieure), mouvements de ces jointures douloureux, mais pas de craquements.

Le genou droit est un peu tuméfié et un peu douloureux à la pression.

Système musculaire. — Atrophie des muscles de la jambe droite, surtout marquée aux muscles du mollet (jumeaux et soléaire).

A la mensuration : circonférence de la jambe droite au tiers supérieur, 31 centimètres ; de la jambe gauche, 33 centimètres.

Atrophie légère des muscles de la cuisse seulement appréciable à la mensuration ; circonférence de la cuisse au tiers supérieur à droite : 55 centimètres ; à gauche : 46 centimètres.

Achillodynie droite très marquée à l'extrémité inférieure du tendon.

Le malade traîne la jambe droite, les forces musculaires ont légèrement diminué de ce côté.

L'extension des phalanges sur les phalanges, l'extension des orteils sur le métatarse est impossible, les quatre derniers orteils restent en position fixe, *en marteau*.

EXAMEN DES AUTRES RÉGIONS. — *Système nerveux.* — Au membre inférieur gauche, aux membres supérieurs, au tronc, au cou, à la face : pas d'hyperesthésie nerveuse, sensibilité intacte, pas de troubles trophiques, pas de troubles vaso-moteurs.

Force musculaire intacte au membre inférieur gauche et aux membres supérieurs.

Système osseux et articulaire. — Les jointures de ces différentes régions sont intactes, indolentes et libres dans leurs mouvements.

EXAMEN DES DIFFÉRENTS APPAREILS. — APPAREILS SENSORIELS. — *Appareil de la vue.* — Depuis sa fièvre typhoïde, le malade dit que sa vue a baissé. On peut constater de plus qu'il voit moins bien de l'œil droit. De ce côté, léger rétrécissement du champ visuel, pas d'inégalité pupillaire.

Appareil de l'ouïe. — Le malade entend moins bien du côté droit que du côté gauche,

Appareil digestif. — La digestion se fait normalement.

Le malade va régulièrement à la selle, et il a bon appétit.

Appareil respiratoire. — Le malade ne tousse ni ne crache ; pas de dyspnée, le murmure vésiculaire s'entend nettement dans toute la poitrine. La sonorité du thorax est intacte.

Appareil circulatoire. — Pas d'hyperthrophie du cœur, les battements sont bien frappés. Pouls : 66 pulsations.

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE. — Mictions normales et non doulou-

reuses, la pression d'arrière en avant sur le canal de l'urètre ne fait pas sortir de goutte purulente ; nul suintement.

D'ailleurs le malade n'a *jamais* eu la chaudepisse, n'a *jamais* souffert en urinant.

Urines claires, pas de filaments.

Erections aussi fréquentes qu'autrefois.

OBSERVATION XIV

Hydarthrose chronique des petites jointures : origine blennorrhagique possible.

(*Observation due à M. G. MILIAN*) (1).

C... (Mélanie), âgée de vingt-neuf ans, ménagère, est entrée le 7 mai 1898, salle Sainte-Marthe, lit n° 23, dans le service de M. le Professeur CORNIL, à l'Hôtel-Dieu.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Ses antécédents héréditaires ne présentent aucune particularité notable ; son père est mort il y a quinze ans, à cinquante trois-ans, d'une affection aiguë ; sa mère est morte il y a seize ans, à quarante-deux ans, d'un cancer de l'utérus. Elle a eu dix frères et sœurs, dont trois sont morts en bas âge, les autres sont bien portants.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Elle-même eut une fièvre typhoïde à quinze ans ; mariée à vingt-deux ans, elle eut deux enfants, tous deux bien portants, respectivement âgés aujourd'hui de cinq ans et trois ans.

Au mois de janvier 1896, cinq mois après son dernier accouchement, elle fut prise un jour d'une très vive douleur aux deux talons, mais particulièrement à droite, sous le calcanéum. Brusque dans son apparition, intense dès le début, l'occasion de cette douleur fut une marche assez longue : sans rougeur ni gonflement de la région, cette douleur persista avec la même intensité pendant trois semaines, se produisant seulement à l'occasion de la marche. Depuis elle n'a pas disparu, mais elle est beaucoup moins violente.

Trois ou quatre semaines après, la douleur gagna les mollets, surtout le droit, cessant, ainsi que la talalgie, par le repos au lit ; en même temps le talon droit enflait quelque peu.

(1) MILIAN. *Société médicale des Hôpitaux*, 10 juin 1898.

En mai 1896, recrudescence des douleurs au talon droit ; c'est de cette époque que date l'apparition du rhumatisme à la main droite. Il se manifesta par des douleurs dans les articulations phalango-phalangiennes et métacarpo-phalangiennes droites, auxquelles s'ajouta bientôt de l'enflure du dos de la main. Les articulations métacarpo-phalangiennes participèrent à ce processus, mais les doigts restèrent intacts.

C'est seulement en novembre 1897 que débutèrent les lésions qu'on observe aujourd'hui du côté des doigts. Le petit doigt de la main droite fut le premier pris.

ETAT ACTUEL. — Actuellement les mains de la malade présentent la même physionomie que celles de la malade de MM. GALLIARD et H. BERNARD ; pour en prendre une idée exacte, il suffira de se reporter à la photographie publiée par ces auteurs dans le bulletin de la Société du 27 mai. L'hydarthrose est peut-être plus manifeste, en ce sens que le siège des bosselures fluctuantes est exactement latéral sans empiéter sur les faces antérieure ou postérieure des doigts. Il n'y a pas de craquements articulaires ni de déformations osseuses. Le petit doigt de la main droite seul revêt le type d'extension qu'on observe dans le rhumatisme déformant. La gêne fonctionnelle n'est que modérée. Comme chez la malade de MM. GALLIARD et H. BERNARD, il y a prédominance des lésions à droite.

Mais on note de plus ici une synovite humide chronique des gaines des long extenseur et grand abducteur du pouce droit, ainsi qu'un peu d'hydarthrose des deux genoux.

Enfin et surtout, la talalgie persiste encore au pied droit. La pression au niveau de la face inférieure du calcanéum droit y réveille une douleur vive. Le calcanéum lui-même paraît un peu hyperostosé. Les deux dépressions situées de chaque côté du tendon d'Achille sont en partie effacées.

En présence de ce « talon apparemment blennorragique » il convenait de diriger l'enquête du côté de l'infection gonococcique. Et sur notre demande, la malade nous apprit qu'elle avait des pertes contemporaines de son rhumatisme ; actuellement encore l'écoulement persiste abondant, tachant la chemise en vert.

L'examen au spéculum révèle une vaginite et une métrite légères. Le muco-pus recueilli sur les parois du vagin pullule de microbes en tous points semblables au gonocoque et ne prenant pas le Gram.

Le liquide des articulations n'a pu être examiné. La ponction à la seringue de Pravaz est demeurée sans succès, sans doute à cause de la viscosité du liquide, signalée déjà par MM. GALLIARD et H. BERNARD.

Les autres appareils (poumons, cœur, reins) sont intacts.

CONCLUSIONS

La talalgie (JACQUET), ou plus correctement pternalgie (DUPLAY), est un symptôme qui relève presque toujours de la blennorragie. On l'observe presque uniquement chez l'homme. Il se développe de préférence chez les sujets astreints à la station debout prolongée.



Il en existe deux formes principales : la talalgie simple et la talalgie avec hyperostose calcanéenne.

Toutes deux sont extrêmement douloureuses au point de rendre la marche presque impossible. Les points plus spécialement douloureux sont des points fibreux ou ostéo-fibreux : l'attache du tendon d'Achille au calcanéum, du ligament péronéo-calcanéen au calcanéum, les deux tubérosités interne et externe de la face plantaire du calcanéum où s'insèrent les muscles de la plante du pied.

La talalgie avec calcanéite ossifiante se traduit par l'élargissement du talon ainsi que par son augmentation en hauteur, c'est-à-dire par un gonflement en masse.



L'hyperostose est due à l'accumulation de tissu osseux

jeune, dans les tendons au niveau de leur insertion, phénomène normal chez certains animaux (oiseaux).

La talalgie, avec ou sans hyperostose, est un phénomène qui semble d'origine nerveuse, cela pour les raisons suivantes : on a constaté de la névrite interstitielle (BROUSSE), un névrome fasciculé (BROUSSE ET BERTIN) au niveau des talons malades et opérés.

La talalgie n'est jamais un symptôme isolé, mais fait partie de la symptomatologie d'un rhumatisme ostéo-fibreux dont les allures sont identiques au rhumatisme chronique que beaucoup d'auteurs considèrent comme d'origine nerveuse.

Elle s'accompagne d'autres accidents trophiques : pied plat douloureux, troubles cutanés.

L'hyperostose calcanéenne a été constatée dans un cas de névrite du membre inférieur droit indépendant de la blennorragie.

Enfin les phénomènes nerveux multiples accompagnent généralement la talalgie : douleurs sciatiques, exagération des réflexes, trépidation épileptoïde.



La durée de la talalgie blennorragique est souvent très longue; elle se chiffre par mois et années. Elle est grave par l'impotence à laquelle elle condamne les malades.



Sa valeur séméiologique est assez importante, car elle doit toujours faire rechercher la blennorragie.



Le traitement consiste d'abord à tarir l'écoulement s'il existe encore, puis à pratiquer la révulsion sous toutes ses formes, au niveau de la colonne vertébrale et du talon (pointes de feu, teinture d'iode, bains térébenthinés, etc.).

L'hydrothérapie et le massage peuvent donner de bons résultats.

Vu : *le Président de Thèse,* Vu : *le Doyen,*
A. JOFFROY. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AGASSON. — Diagnostic et pronostic de la névralgie sciatique. Thèse de Paris, 1842.
- AMARAL (D.). — Rhumatisme blennorragique. Arthropathies graves avec amyotrophie. Thèse de Paris. 1890-1891.
- ANDRET. — Des manifestations cutanées de la blennorragie. Thèse de Paris, 1884.
- BABINSKY. — Des névrites. *Gazette hebdomadaire*, 1890.
- Traité de Médecine Charcot-Bouchard, tome VI.
- BAILLARGER. — Recherches sur les maladies mentales. Paris, 1887, tome I^{er}.
- BAILLY. — Essai sur la névralgie fémoro-poplitée. Thèse de Paris, 1803.
- BALLET. — Des déterminations cutanées de la blennorragie. *Revue de médecine*. 1885. — Leçons de clinique médicale, 1897.
- BALZER. — Erythème infectieux au cours d'une blennorragie. *Gazette Médicale de Paris*. 28 juin 1884.
- BALZER et LACOUR. — Uréthro-cystite blennorragique, compliquée d'embûlée de purpura infectieux très grave. *Soc. française de dermat.* 3 août 1894.
- BARRIÉ. — Méningo-myélite blennorragique. Thèse de Paris, 1894.
- BERGERON. — Dermopathies blennorragiques. Thèse de Paris; 1894.
- BONNET. — Des complications cérébrales du rhumatisme blennorragique. Thèse de Paris, 1877.
- BOSC. — Le gonocoque, bactériologie, clinique, médecine légale. Thèse de Montpellier, 1893.
- BRÉTON. — Des phénomènes généraux dans le cours de la blennorragie. *J. des mal. cut. et syph.* 1894, p. 723.
- BRISSON. — Sciatique blennorragique. Thèse de Paris, 1883.
- BROUSSE. — *Journal des praticiens*. 1894.
- BROUSSE et BERTHIER. — *Revue de chirurgie*. 1895.
- BROWN SÉQUARD. — Leçons sur le diagnostic et le traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs. Paris, 1864.
- CÉSARINI. — Neurasthénie urinaire, *Riforma medica*. 1^{er} décembre 1895.
- CHARCOT. — Policlinique du mardi. Juillet 1888, p. 505.
- CHRAVIER et FÉVRIER. — *Revue de Médecine*. 1888, p. 1020.
- CHRISTMAS. — Contribution à l'étude du gonocoque et de sa toxine. *Annales de l'Institut Pasteur*. Août 1897, p. 609.

- CIPRIANI. — Myélite par infect. blennorragique, *Revue clin. et thérap.* Mars 1896.
- COUTAGNE. — *Annales de Dermatologie.* 1870, p. 303.
- CROSS. — Contribution à l'étude des localis. de la blennorragie sur les nerfs périphériques. Thèse de Montpellier, 1893.
- CULLERIER. — Des affections blennorragiques. Paris, 1861.
- DESPRÉS (Armand). — La Pratique de la Chirurgie journalière, 1894.
- DUFOUR. — Thèse de Paris, 1889.
- DUPLAY. — Talalgie ou pternalgie. *Presse médicale.* 1896, p. 593.
- ESQUIROL. — Les paraplégies urinaires. *Revue générale de clinique et de thérapeutique.* 1888.
- FINGER. — Die Blennorragie der Sexualorgane und ihre Complicationen. 1896, p. 370.
- FISCHEL. — *Prager med. Wochenschrift*, 1891.
- FOURNIER. — *Union médicale.* 1868, pp. 754, 782, 791. — *Annales de dermat. et de syphiligr.* 1869, p. 319. — *Gazette des hôpitaux*, 31 décembre 1885. — *Annales de dermat. et de syphiligr.* 1892, p. 697.
- FRAGUE. — De la conjonction blennorragique sero-vascul. Thèse de Paris, 1888.
- FRENKEL. — *Berl. Klin. Wochensch.* 23 août 1886.
- FUERBRINGER. — Blennorragie aiguë et méningite cérébro-spinale mortelle. *Deut. med. Woch.* 2 juillet 1896.
- GAUCHER. — Des déformations persistantes irréductibles des pieds dans les paralysies alcooliques. Thèse de Paris, 1897.
- GILLES DE LA TOURETTE. — Traité de l'hystérie.
— Les États neurasthéniques. 1898.
- GILLES DE LA TOURETTE et GASNE. — Paraplégie avec incontinence des urines et des matières fécales dans les névrites alcooliques. *Soc. méd. des hôpitaux.* 1897, p. 1424.
- GUIARD. — Complications générales de la blennorragie chez l'homme. 1898.
- GULL. — *Médico-chirurg. Transact.* 1856.
- HAYEM et PARMENTIER. — Manifestations spinales de la blennorragie. *Revue de médecine.* 1888, p. 433.
- HOME (EVERARD). — Treatment of strictures in the uretra. 1803.
- JACQUET. — *Annales de dermatol. et de syphiligr.* 1892, p. 681. — Troubles trophiques de la blennorragie. *Société médicale*, 28 janvier 1887.
- JEANSELME. — Troubles troph. de la blennorragie. *Annales de dermatologie.* VI, 1895, et *Presse médicale*, 1895, p. 513.
- JULLIEN. — Traité pratique des maladies vénériennes, p. 256.
- KLIFFEL. — Erythèmes blennorragiques. *Ann. médico-chirurg.* 1895, p. 290.
- LAGO. — La sciatique double. Thèse de Paris, 1897.

- LANDOUZY. — Clinique de la Charité. 1882.
- LE ROY D'ETIOLES. — Des paralysies des membres inférieurs ou paraplégies. Paris, 1856.
- LÉVY (T.). — Accidents nerveux au cours d'arthropathies blennorragiques. Thèse de Paris, 1897.
- LEWIN. — Peliouse et chorée gonorrhéique. *Société de Méd.int.de Berlin*. 17 décembre 1894.
- LEYDEN. — Traité clinique des maladies de la moelle épinière. 1879. — *Zeitschrift für klin. Medicin*. 1882, t. IV, p. 3. — *Semaine médicale*. 1892, p. 81. — Uber gonor. myélites. *Zeitsch. für klin. méd.* 1893, t. XXI, p. 607.
- LIPSKI. — Des compl. oculaires métast. de la blennorragie.
- LITTEN. — De la péliouse et de la chorée blennorragiques. *Berl. med. Woch.* 8 avril 1896.
- LUSTGARTEN. — Complications nerveuses de la blennorragie. Th. Paris, 1898.
- MACALESTER. — Désordres nerveux chez les individus atteints de blennorragie. *Medical Record*, 1^{er} septembre 1895.
- MACARIO. — *Union médicale*. 1859, p. 276.
- MADON. — Des névralgies blennorragiques. Thèse de Bordeaux. 1892.
- MATHIEU (Alb.). — La neurasthénie. Bibl. Charcot-Debove. 1892, p. 107.
- MAURIAC. — Névralgies réflexes symptomatiques d'orchite blennorragique. 1870. — Leçons sur les mal. vénériennes, 1890.
- MESNET. — Blennorragie infectieuse. Thèse de Paris. 1884.
- MILLET. — Pied plat valgus douloureux d'origine blennorragique. Thèse de Paris. 1896.
- MOLÉNES-MAHON. — De l'érythème polymorphe. Th. de Paris. 1884.
- MORAX. — Complications oculaires métastatiques de la blennorragie. Thèse de Paris. 1894.
- UDIN. — *Annales de dermat. et de syphil.* 1892, p. 856.
- PANAS. — *Semaine médicale*. 1870, p. 476. — *Presse médicale*, février 1895.
- PATOIR. — Infect. blennorr. accidents généraux et manifestations à distance. Thèse de Lille.
- PERRIN. — Déterminations cutanées de la blennorragie. *Annales de der. et de syphiligraphie*. 1890, p. 773.
- PETER. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 1866.
- PIDOUX. — *Soc. méd. des hôpitaux*. 1866.
- PHULPIN. — La sciatique en particulier. Thèse de Paris, 1895.
- PITRES. — Accidents cérébraux au cours de la blennorragie. *Revue de Médecine*, pp. 230 et 243.
- PITRUZELLA. — Purpura et streptocoques au cours d'une blennorragie et dans la convalescence d'une pneumonie. *Bull. Méd.* 1875, p. 260.
- POLOZOFF. — *Roussk. médyk*, p. 264, no 17.

- POMBRACK. — Sur un cas de paralysie d'origine blennorr. *Wratch*. 1893, n° 4.
- POMPÉANI. — Toxine et antitoxine du gonocoque. Th. Paris. 1897.
- RAYMOND (F.). — Recherches expérimentales sur la pathogénie des atrophies musculaires consécutives aux arthrites traumatiques. *Revue de Méd.* 1890, p. 374. — *Gazette médicale de Paris*. 1891, n° 1.
- RAYMOND (P.). — Complications nerveuses de la blennorragie. *Gazette des hôpitaux*. 1891, p. 557.
- RAYNAUD (G.). — Contribution à l'étude des lésions péri-artic. d'origine blennorragique. Thèse de Paris. 1895.
- RAYNAUD (L.). — Manifestations cutanées de la blennorragie. *Annales de dermat. et de syphil.* 1891, p. 213. — Manifest. spinales et név. de la blennorr. *Rev. de Méd.* 1892, p. 183.
- RENDU. — *Gazette des Hôpitaux*. 1889, n° 97. — Clinique médicale, t. II, p. 317.
- ROBERT. — Troubles trophiques cutanés de la blennorragie. Thèse de Paris. 1897.
- ROCHET. — Congrès Français de chirurgie. 1891, p. 529.
- SÉE (Marcel). — Le gonocoque. Thèse de Paris. 1896.
- SELLE. — *Medica clinica*. 1781.
- SOUPLET. — La blennorragie, maladie générale. Th. de Paris. 1893.
- SPÉRANSKI. — Un cas d'affection nerveuse dans la blennorragie. *Revue de Neurol.* 1893, p. 402.
- SPILMANN ET HAUSHALTER. — *Revue de Méd.* 1891, p. 651.
- STANLEY. — *Médico-chir. transact.*, t. XVII, p. 260, 1833.
- STÉFANINI. — *Giornale ital. delle Mal. veneree*. 1881, p. 46.
- TALAMON. — *Revue de médecine*. 1878, pp. 58, 136 et 195.
- TAMBOURER. — *Soc. de neurol. et psych. de Moscou*. 21 janvier 1894.
- TEHY. — Thèse de Paris. 1821.
- TERSON. — *Annales de dermat. et de syphil.* 1893.
- TIXIER. — Accidents à forme rhumat. de la blennorr. Th. de Paris. 1866.
- TOURNILLAC-BÉRENGER. — Névralgie fémoro-poplitée. Thèse de Paris. 1884.
- TRAPEZNIKOW. — *Wratch*. 1891, p. 22.
- ULTZMANN. — Névroses des organes génito-urinaires de l'homme. Traduit par H. Picard. Paris, 1883.
- VENTURI. — *Riforma medica*, 24 avril 1894, p. 243.
- VULPIAN. — Maladies du système nerveux, tomes II et III (vingt-cinquième leçon). Paris, 1879 et 1886.
- WERTHEIM. — La discussion sur la blennorragie au Congrès de Francfort. *Centralblatt für Gynec.*, 28 novembre 1896 et 16 janvier 1897.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique	12
CHAPITRE II. — Étiologie	13
CHAPITRE III. — Symptômes	14
1. — <i>Talalgie blennorragique simple</i>	14
2. — <i>Talalgie blennorragique avec troubles trophiques</i> ...	16
CHAPITRE IV. — Pathogénie	21
1. — <i>Talalgie simple</i>	27
2. — <i>Talalgie avec hyperostose</i>	28
CHAPITRE V. — Marche. Diagnostic. Traitement	32
1. — <i>Marche. Durée. Terminaison</i>	32
2. — <i>Valeur séméiologique</i>	32
3. — <i>Diagnostic</i>	34
4. — <i>Traitement</i>	34
CHAPITRE VI. — Observations	36
CONCLUSIONS.....	73
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	76

